

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FROSINONE
Distretto _____

Il/la sottoscritt _____ con cittadinanza _____
 nat__ a _____ il _____ cod. fiscale _____
 residente nel Comune di _____ via/piazza _____
 Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ il _____

Genitore di:

Cognome e Nome _____ cittadino _____
 nat__ a _____ il _____ cod. fiscale _____
 residente nel Comune di _____ via/piazza _____

CHIEDE

Di iscrivere negli elenchi del S.S.R. gestiti da codesta ASL il/i figlio/i e a tal fine dichiara di scegliere
 Il Dott _____
 Pediatra di libera scelta operante nell'ambito territoriale del Distretto _____

**Si impegna a segnalare tempestivamente qualunque variazione che dovesse intervenire nella
 situazione sopra rappresentata. È consapevole che la presente equivale ad autocertificazione ai
 sensi del D.P.R. n° 445/2000 e acconsente alla raccolta dei dati personali nel rispetto della
 L.675/96.**

Data _____

(firma del genitore)