



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano – Vasto - Chieti  
Presidio Territoriale di Assistenza Guardiagrele

Ufficio Scelta e Revoca del Medico  
[sceltaerevoca.guardiagrele@asl2abruzzo.it](mailto:sceltaerevoca.guardiagrele@asl2abruzzo.it)

Al Presidio Territoriale di Assistenza Guardiagrele  
Ufficio Scelta e Revoca del Medico

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fiscale \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
documento d'identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di effettuare la scelta del Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

firma leggibile

Allega: - Copia della tessera sanitaria  
- Copia del documento di riconoscimento