

All'Azienda USL..... Distretto.....

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DELLA RESIDENZA

Il sottoscritto dott.

Pediatra di famiglia convenzionato con codesta Azienda USL per il
comune di cod. reg.....

comunica il trasferimento della propria residenza presso il comune
di..... Via..... ,
mantenendo il domicilio nel comune di

A tal fine dichiara che il suddetto trasferimento non comporterà
alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

Data

Timbro e firma