

ALLEGATO 13

Prot. Gen. ASP CZ N° _____ DEL _____

**Al Dirigente Medico Responsabile
P.U.A. D.S.S. di Soverato**

Il/la sottoscritta _____ nato a _____

il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____

telefono _____ in qualità di _____

ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____ nato a _____

il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____

Essendo in graduatoria (lista d'Attesa) presso _____ chiede per il
proprio familiare _____ una variazione della
scelta struttura indicando quella di seguito riportata _____

Soverato _____

In Fede
