



**Ascoli Piceno**  
**San Benedetto del Tronto**

**Direzione Amministrativa Territoriale di Ascoli Piceno**

## **Modulo Cambio MMG/PLS**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_

dà il proprio assenso al trasferimento della scheda sanitaria individuale del sottoscritto e delle sottoelencate persone sottoposte alla propria potestà

dal Dott: \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

al Dott: \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

1. \_\_\_\_\_ \_/\_/\_/\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (relazione di parentela) (data di nascita)

2. \_\_\_\_\_ \_/\_/\_/\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (relazione di parentela) (data di nascita)

3. \_\_\_\_\_ \_/\_/\_/\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (relazione di parentela) (data di nascita)

4. \_\_\_\_\_ \_/\_/\_/\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (relazione di parentela) (data di nascita)

5. \_\_\_\_\_ \_/\_/\_/\_\_\_\_\_  
(cognome e nome) (relazione di parentela) (data di nascita)

Data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

delega il sig. \_\_\_\_\_

per l'espletamento delle suddette funzioni.

Firma \_\_\_\_\_

Numero di Telefono:

Allegare documenti d'identità di tutti i richiedenti (Maggiorenni).

Email: