

Al Direttore Distretto Sanitario di Base di Agrigento
SEDE

COMUNICAZIONE VARIAZIONE INDIRIZZO DI STUDIO

Il Sottoscritto Dr. _____ nato il _____,

nella qualità di _____ C.R. _____ ,

comunica che a far data dal _____ trasferirà il proprio studio

medico al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ Comune _____

Agrigento, li _____

TIMBRO e FIRMA