

Dichiarazione

Io sottoscritto _____

dichiaro

sotto la mia responsabilità, che il Dott. (*NOME E COGNOME DEL MEDICO*) _____,
Medico di Medicina Generale (MMG), è il mio medico curante.

Luogo _____

Data _____

In fede

(Firma leggibile del Dichiarante)