

Spett. Sportello virtuale  
ATS Città Metropolitana di Milano  
[sportellovirtuale@ats-milano.it](mailto:sportellovirtuale@ats-milano.it)

**DOMANDA DI SCELTA MMG-PLS**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... CAP ..... via ..... n. ....  
tel ..... fax .....  
e-mail .....

*Fa domanda per se*

*Fa domanda per i familiari sotto indicati (indicare: Cognome, nome, codice regionale o data di nascita)*

.....  
.....

per essere iscritto negli elenchi del Dott. .... operante nel Comune di  
.....

**La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia di un documento di identità in corso di validità, al fax 0298115650**

***Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei dati personali***

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data .....

Firma per esteso .....