

Oggetto: **RICHIESTA DI RIPRISTINO SCELTA DEL MEDICO DI FIDUCIA A SEGUITO DI RIENTRO DALL'ESTERO**

| | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| LAVORATORE SUBORDINATO | | LAVORATORE AUTONOMO | |
| TIT. DI PENSIONE ex lav. autonomo | | TIT. DI PENSIONE ex lav. subordinato | |
| DISOCCUPATO | | STUDENTE O ALTRO | |

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

CAP _____ COD. REGIONALE _____ COD. FISC. _____

ESSENDO RIENTRATO DA _____ NELLA PROPRIA RESIDENZA
(indicare lo stato estero)

ABITUALE DAL _____

CHIEDE

PER SE' _____ E/O PER I SOTTOELENCATI FAMILIARI _____

| NOMINATIVO | COD. REG. | COD. FISC. | MEDICO PRECELTO |
|------------|-----------|------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ales, li ____/____/____

Firma dell'interessato o del genitore se minore