

www.asl3.liguria.it

**U.O. ASSISTENZA DISTRETTUALE**  
**Ufficio Unificato Medicina Generale e Pediatrica**  
Tel. 010-3446/753-760-761-762-769  
Fax 010-3446752/744  
E-mail: valter.orvieta@asl3.liguria.it

**MODULO RILEVAZIONE DATI**

***CAMBIO INDIRIZZO  
ACCREDITO IN C/C BANCARIO***

*Da compilarsi a macchina o in stampatello*

N. codice regionale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
cognome nome \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

**NOTIFICA LA VARIAZIONE DEL PROPRIO INDIRIZZO COME SEGUE:**

\_\_\_\_\_  
C.A.P. - comune - indirizzo - numero civico

N. telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**NOTIFICA LA VARIAZIONE DEL PROPRIO C/C BANCARIO COME SEGUE:**

Banca: \_\_\_\_\_  
denominazione - N. agenzia - indirizzo

N. c/c.: \_\_\_\_\_ - ABI: \_\_\_\_\_ - CAB: \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

Genova, \_\_\_\_\_.