

**Da consegnare:
Studio Medico di Medicina
Generale
Dr. CASA SIMONETTA
Viale Strasburgo, 135
90146 – PALERMO**

LIBERATORIA – Comunicazione dell'indirizzo Email presso il quale ricevere le ricette dematerializzate

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a _____ prov. _____ il _____

COMUNICA

che l'indirizzo presso il quale vuole ricevere le ricette dematerializzate è il seguente:

indirizzo e-mail _____@_____

Data _____

Firma