

Il sottoscritto: Sig./Sig.ra (cognome, nome) .....  
Nato a: ..... prov. (...) Il .../.../.....  
Codice Fiscale: .....  
Residente in: ..... Città..... prov. (...)  
Recapito telefonico: ..... @ .....

**CHIEDE**

Di modificare i dati anagrafici relativi alla prestazione sanitaria effettuata in regime di Libera Professione col Dr./Dr.ssa .....  
in data ..... tipo di prestazione (es. visita chirurgica ... )  
.....  
presso la struttura USL (es. consultorio ... ) .....  
della città di .....

**DATI ERRATI:**

ricevuta n. (es. 1E/000000, 003-3000000 ... ) .....  
fattura n. (es. VB0000000 ... ) .....  
Intestata a:  
Sig./Sig.ra (cognome, nome) .....  
Codice Fiscale: .....  
Residente in: ..... Città..... prov. (...)

**DATI CORRETTI PER L'INTESTAZIONE:**

Sig./Sig.ra (cognome, nome) .....  
Nato a: ..... prov. (...) Il .../.../.....  
Codice Fiscale: .....  
Residente in: ..... Città..... prov. (...)

**Data**

**Firma**

.....

.....

**IL PRESENTO MODULO VA CONSEGNATO UNITAMENTE ALLE COPIE DELLE RICEVUTE/FATTURE EMESSE E A UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO PRESSO GLI UFFICI LIBERA PROFESSIONE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI DI:**

**Carpi c/o Ospedale di Carpi, Mirandola e Finale Emilia c/o Ospedale di Mirandola, Modena e Sassuolo (non competente per l'attività dei medici del Nuovo Ospedale di Sassuolo s.p.a.) c/o Ospedale Estense di Modena, Castelfranco Emilia c/o Ospedale di Castelfranco Emilia, Pavullo nel Frignano c/o Ospedale di Pavullo, Vignola c/o Ospedale di Vignola.**

**In alternativa, è possibile spedire tutta la documentazione a mezzo servizio postale all'Ufficio Aziendale Libera Professione c/o Ospedale Estense, v.le Vittorio Veneto 9, 41121 Modena.**

**La ricevuta/fattura corretta verrà inviata a mezzo servizio postale all'indirizzo di residenza dichiarato.**