

**Oggetto: SCELTA MEDICO FUORI AMBITO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

PER SE STESSO

PER I PROPRI FAMILIARI

◇ L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ◇ IL CAMBIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

**SCEGLIE IL MEDICO**

DOTT: \_\_\_\_\_

PER I SEGUENTI MOTIVI:

Prosecuzione del rapporto fiduciario

Ragioni di vicinanza in quanto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Migliore viabilità tra la propria abitazione e lo studio del sanitario in quanto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gravi circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza in quanto  
**(è obbligatorio specificarne la motivazione)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A TALE SCOPO ALLEGA:

- 1) ACCETTAZIONE DEL MEDICO SCELTO.
- 2) AUTOCERTIFICAZIONE SITUAZIONE DI FAMIGLIA
- 3) COPIA CARTA DI IDENTITA'
- 4) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO ai sensi del DPR 445/2000

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)