

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)