



RICHIESTA CAMBIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ cittadinanza _____

residente a _____ (____) in via _____

telefono _____ e-mail _____

C.F. _____ in qualità di _____
(genitore, amministratore di sostegno o altro soggetto formalmente delegato)

CHIEDE

- per sé
- per conto di:

cognome _____ nome _____

nato/a _____ il _____ cittadinanza _____

residente a _____ (____) in via _____

telefono _____ e-mail _____

C.F. _____ iscritto negli elenchi dell'ASST _____

la scelta del MMG/PLS secondo la preferenza di seguito elencata:

1. Dr./Dr.ssa _____
2. Dr./Dr.ssa _____
3. Dr./Dr.ssa _____

Firma _____
(*Nota 1)

Allegato: fotocopia di un documento d'identità del Dichiarante e del Delegante (in presenza di delega) art. 38 del DPR 28/12/2000 N. 445

****Nota1: Nel caso di impossibilità ad assegnare uno dei medici indicati, l'utente verrà contattato dall'operatore il quale verrà autorizzato dall'interessato ad operare con la prima scelta disponibile.***