



Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....in data.....

codice fiscalecodice assistito.....

residente a.....Via.....n.....

Recapito telefonico.....E-mail.....**CHIEDE** per se stesso/a attualmente iscritto/a negli elenchi degli assistiti del Dott..... per se stesso/a e per i familiari di seguito elencati: solo per i familiari di seguito elencati

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE ASSISTITO	RAPPORTO DI PARENTELA	ATTUALMENTE ASSISTITO/A DA

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dott.....codice regionale.....

medico che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di

per le seguenti ragioni:

1. . ricongiungimento familiare con sig./sig.ra

data di nascita.....specificare legame di parentela/affinità/convivenza.....;

2. continuità di cura per patologia cronica documentata e/o invalidità civile;

3. prosecuzione del rapporto fiduciario (solo per medico che operi in ambito territoriale limitrofo);

4. vicinanza e migliore viabilità per accedere all'ambulatorio del medico richiesto;

5. altro.....

Allega:

 La documentazione comprovante la situazione dichiarata Accettazione del nuovo medico richiesto

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

Data

Firma

Data di ricezione della domanda.....

 domanda accolta domanda respinta

NOME, COGNOME, FIRMA Uff. Scelta / Revoca

Data

Spazio riservato all'ASST domanda accolta domanda respinta

Data

NOME, COGNOME, FIRMA RESPONSABILE ATS

Spazio riservato all'ATS ove opera il medico

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco