AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI LECCO

DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA DEL MEDICO
DI MEDICINA GENERALE O DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

- ❑ Medicina generale
- ❑ Pediatria di libera scelta

Il sottoscritto_____nato il_____a _____
Codice fiscale_____ Tessera sanitaria N. _____
residenza _____ Via _____ n. civico____
n. telefono_____

CHIEDE

- ❑ Per se stesso attualmente iscritto negli elenchi degli assistiti del Dr._____
- ❑ Per se stesso e i familiari qui di seguito elencati
- ❑ Per i familiari qui di seguito elencati:

_____
(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela assistito dal Dr.)

_____
(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela assistito dal Dr.)

_____
(cognome – nome – data di nascita – rapporto di parentela assistito dal Dr.)

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dr._____
cod. reg. n._____

- ❑ Medico che svolge la propria attività di medico convenzionato in altro ambito territoriale costituito dai comuni di _____
- ❑ Medico massimalista

A giustificazione della sua richiesta il sottoscritto comunica che:_____
_____
_____
_____

Allega:

- ❑ La documentazione comprovante la situazione dichiarata
- ❑ L'attestazione di accettazione da parte del nuovo medico richiesto

Data_____ Firma_____

Parere obbligatorio del Comitato Aziendale della A.S.L. di Lecco

Data_____ Il Segretario del Comitato

A.S.L. di Lecco Al Sig._____
_____

Si comunica che la Sua richiesta è stata accolta – respinta

Data_____ Il Presidente del Comitato