

NOD SANGRO-AVENTINO
Distretto Sanitario di Base di Atessa
SCELTA MEDICO

Il/La sottoscritt _____

Nat ____ a _____ il _____

residente in _____ via _____

codice fiscale _____ tel. _____

SCEGLIE IL DR _____

	O DELEGA ALLA SCELTA*
--	------------------------------

Il Sig. / Sig.ra _____

nat_ a _____ il _____

data _____

firma

ALLEGARE IN COPIA: DOCUMENTO D'IDENTITA' (ANCHE DEL DELEGATO*) E RETRO TESSERA SANITARIA

PER FACILITARE LE OPERAZIONI DI CAMBIO MEDICO SI CHIEDE DI RESTITUIRE IL PRESENTE MODELLO, DEBITAMENTE COMPILATO, PRESSO LO SPORTELLLO SCELTA DEL MEDICO.

SARA' POSSIBILE INVIARE LA PRESENTE RICHIESTA , IN UNICO FILE IN FORMATO PDF (NO FOTO), ANCHE AI SEGUENTI INDIRIZZI E-MAIL: silvestro.cinalli@asl2abruzzo.it o gabriella.dipadova@asl2abruzzo.it .

PER ALCUNI MEDICI (es. Intilangelo, Sirolli, Ventura) SONO POSSIBILI UN NR LIMITATO DI SCELTE PER RICONGIUNGIMENTO NUCLEO FAMILIARE SOLO CONIUGE -FIGLIO E CONVIVENTE NO FRATELLI O GENITORI DA VERIFICARE OBBLIGATORIAMENTE ALLO SPORTELLLO.

LA COPIA DELL'ISCRIZIONE VERRA' INVIATA AL MEDICO SCELTO APPENA POSSIBILE.

N.B. LE RICHIESTE INCOMPLETE O NON CORRETTE NON POTRANNO ESSERE EVASE.