

AL COMITATO AZIENDALE PER LA MEDICINA GENERALE
Alla c.a. Segreteria Dr.ssa Anna Rita Di Vittorio
Via del Terminillo 42 – 02100 Rieti
Tel 0746/279648 – fax 0746/279672 – e-mail: a.divittorio@asl.rieti.it

SCelta DEL MEDICO IN DEROGA

(ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 23/5/2005 e s.m.i.)

N.B. COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MANIERA COMPLETA E A STAMPATELLO

IL SOTTOSCRITTO	
NATO A	IL
RESIDENTE A	
VIA	TEL
CODICE FISCALE	
ATTUALMENTE ISCRITTO PRESSO IL DOTT.	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione (1) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del codice penale

CHIEDE

che venga autorizzata la scelta in deroga alle norme vigenti a favore del Dr. _____ iscritto nell'elenco del Comune di _____ Azienda Unità Sanitaria Locale _____ per sé e per i propri familiari

Elenco dei familiari (2)

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	COD. REGIONALE / FISCALE	GRADO DI PARENTELA

PER I SEGUENTI MOTIVI

IL/LA RICHIEDENTE

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO SCELTO IN DEROGA

IL SOTTOSCRITTO DOTT.	
CODICE REGIONALE	
CON STUDIO SITO IN	VIA
TEL	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt.483, 495 e 496 del codice penale

DICHIARA

Di essere disponibile ad accettare fra i propri assistiti il richiedente e gli eventuali familiari

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

1 L. n.15/68, n.127/97, 191/98, DPR n.403/98, L. n.443/2000
2 O soggetti anagraficamente conviventi