

ALLA ASL DI RIETI
Distretto 1 Rieti Antrodoco S. Elpidio
UFFICIO SCELTA E REVOCA DEL MEDICO

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 IN STAMPATELLO

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

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione (L. n.15/68, n.127/97, 191/98, DPR n.403/98, L. n.443/2000) 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 / soggetti anagraficamente conviventi :

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE 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
