SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Ai sensi dell'art. 40 dell'Accordo Collettivo Nazionale

o per la medicina generale o per la pediatria di libera scelta

……...sottoscritto/a ……..…… nato/a il ……
a…….……..…
in possesso del documento di assistenza sanitaria n°……..
con residenza anagrafica nel Comune di……
ed abitante nel Comune di……..via……
Tel…….

o **chiede** per se stesso

o per se stesso ed i familiari qui di seguito elencati

o per i familiari qui di seguito elencati

……..
cognome e nome data di nascita rapporto di parentela

……
cognome e nome data di nascita rapporto di parentela

……
cognome e nome data di nascita rapporto di parentela

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dr……..
cod. n°……che svolge la propria attività di medico convenzionato in altro ambitc
territoriale costituito dai Comuni :
……..

A giustificazione della sua richiesta …….L….sottoscritto/a comunica che ……
……
……
……
……
Allega l'attestazione di accettazione da parte del nuovo medico.

Data……. firma……

Si comunica che la Sua richiesta è stata

o accolta

o respinta con la seguente motivazione……
……
……

Il Direttore dell'U.O.C. Cure Primarie PZ