

Alla Unità Operativa Direzione Amministrativa
Rete Territoriale
c.a. U.O. Gestione Accordi e Contratti della
Medicina del Territorio
Piazzale Milano, 2
20121 PIACENZA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il ___/___/_____, con tessera di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della Regione
_____, n° _____ e residente nel
Comune di _____ (prov. _____) C.A.P. n° _____ in via
_____ n° _____, telef. n° _____

CHIEDE

- Per se stesso
- Per se stesso ed i famigliari di seguito elencati (1)
- Per i famigliari di seguito elencati (1)
- Per i soggetti di seguito elencati (1)

(1) *In questi casi occorre allegare la delega e la fotocopia di un documento di identità valido sia del delegante che del delegato*

L'autorizzazione ad effettuare la scelta del/della dr./dr.ssa _____,
medico di medicina generale / pediatra di libera scelta (cancellare la parte che NON interessa) iscritto negli elenchi
di codesta Azienda USL, Distretto di _____.

La suddetta richiesta è dettata dai seguenti motivi: _____

Si allega la documentazione comprovante i motivi suesposti.

Data ___/___/_____

Firma _____