



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Sede Legale – Piazza Silvio Pellico 1 – 10023 Chieri (TO) – tel. 011 94291 – C.F. e P.I. 06827170017

**COMITATO CONSULTIVO A.C.N.  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBRA SCELTA**

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

**per se stesso**

**per figlio/a minore**

\_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

\_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

\_\_\_\_\_ nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

attualmente residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ residente precedentemente a \_\_\_\_\_

(data dell'attuale residenza)

assistit \_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_ con studio a \_\_\_\_\_

(cognome e nome dell'ultimo medico scelto)

**di poter scegliere, come medico di fiducia, in deroga alla competenza territoriale, il Dr. \_\_\_\_\_**

con studio a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A.S.L. di competenza \_\_\_\_\_ per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

(firma del richiedente)

**DICHIARAZIONE DA PARTE DEL MEDICO PRESCELTO**

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_ Dr. \_\_\_\_\_ accetto come assistit \_\_ \_\_\_\_\_

\_\_ I \_\_ sopracitat \_\_ Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(data)

(timbro e firma del medico)

**PARTE RISERVATA AL COMITATO CONSULTIVO:**

MASSIMALE INDIVIDUALE DEL MEDICO PRESCELTO \_\_\_\_\_

TOTALE ASSISTITI \_\_\_\_\_ DI CUI N° \_\_\_\_\_ CON SCADENZA \_\_\_\_\_

GIUDIZIO DELLA COMMISSIONE \_\_\_\_\_