

**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

SCELTA DEL MEDICO IN DEROGA ALLA COMPETENZA TERRITORIALE

__ 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)