



Struttura: Distretto Novi L. - Tortona
Direttore: dott. Orazio Barresi

SCELTA MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
Ai sensi del D.P.R., 28/12/2000 n° 445, G.U. 20/02/2001

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO RESIDENZA _____

- CHIEDE DI POTER SCEGLIERE IL SEGUENTE MEDICO DI FIDUCIA:

_____ (in caso di mancanza di disponibilità residua del medico scelto, può indicare un secondo nominativo, oppure attendere di essere contattato al numero telefonico indicato)

Barrare la/e opzione/i scelta/e

PER SE'

PER I SEGUENTI FIGLI MINORI

PER I SEGUENTI ASSISTITI SOGGETTI A TUTELA

PER I FAMIGLIARI SOTTOINDICATI

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	FIRMA

Per ciascun nominativo allegare fotocopia di documento di identità e tessera sanitaria

NUMERO TELEFONICO DA CONTATTARE _____

OPPURE INDIRIZZO MAIL _____

Data _____

FIRMA _____