

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
Via Gramsci,13-CREMA
Mail: medconv@asst-crema.it

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 14 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale

Il sottoscritto _____ nato il _____

In possesso del documento di assistenza sanitaria n. _____

con residenza anagrafica del comune di _____

ed abitante nel comune di _____ via _____ n. _____

Cellulare: _____ Mail: _____

CHIEDE

- Per se stesso
- Per se stesso ed i famigliari qui di seguito elencati
- Per i famigliari 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)

(cognome e nome)

(data di nascita)

(rapporto di parentela)

L'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dott. _____ cod reg. _____

che svolge la propria attività di medico convenzionato nell'ambito territoriale di _____

A giustificazione della richiesta il sottoscritto comunica che _____

Allega la documentazione comprovante la situazione sopra dichiarata, l'attestazione di accettazione da parte del medico richiesto e il documento d'identità.

(data)

(firma)