



FAC-SIMILE

DISTRETTO SANITARIO DI _____

- Richiesta del medico di medicina generale ex art. 39, commi 2 e 5 ACN MMG
- Richiesta del pediatra di libera scelta ex art. 37, comma 2 e 3 ACN PLS

N.B. COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MANIERA COMPLETA E IN STAMPATELLO

Il sottoscritto	
Nato a	il
Codice fiscale	
Residente a	Via
Telefono	
Email	
Attualmente iscritto presso il Dr.	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione (L. n.15/68, n.127/97, 191/98, DPR n.403/98, L. n.443/2000) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt.483, 495 e 496 del codice penale

CHIEDE DI POTER

 SCEGLIERE per sé MANTENERE per i propri familiari
anagraficamente conviventi²

Il Dott. _____ nei limiti del massimale regionale consentito alla data della registrazione presso lo sportello del Distretto

Elenco dei familiari ²

Cognome e nome	Cod fiscale	Data nascita	Grado di parentela

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003.

IL DICHIARANTE

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO ACCETTANTE

Il sottoscritto Dott.			
Cod. regionale n°	A.S.L.	Distretto	
Indirizzo studio		Massimale assistiti n°	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione (L. n.15/68, n.127/97, 191/98, DPR n.403/98, L. n.443/2000) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt.483, 495 e 496 del codice penale

DICHIARA di essere disponibile ad accettare fra i propri assistiti il richiedente e gli eventuali familiari

Data, _____

Timbro e Firma del medico

A CURA DELL'OPERATORE CHE RICEVE LA DOMANDA

N° ISCRITTI AL MEDICO

FIRMA OPERATORE