



**Oggetto: cambio medico o scelta del nuovo medico**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**nato/a il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ **email** \_\_\_\_\_

(tutti i campi in grassetto sono obbligatori)

**CHIEDO**

**La revoca** del Medico di Assistenza Primaria /Pediatra di Libera Scelta

Dr.....

e/o **la scelta** del Medico di Assistenza Primaria/Pediatra di Libera Scelta, dell'ambito territoriale di competenza del Comune e che non ha raggiunto il carico massimale di assistiti, di seguito indicato

Dr.....

per me e per i miei **familiari e/o conviventi** (stesso indirizzo di residenza del richiedente):

Cognome e Nome dell'assistito	Data di nascita	Codice fiscale

**In subordine opto in ordine di preferenza**

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

La segreteria contatterà, per formalizzare l'avvenuto cambio, esclusivamente agli assistiti la cui prima scelta non sarà stata soddisfatta per il raggiungimento del massimale del medico. Pertanto, in assenza di nostre comunicazioni, la prima scelta del cittadino dovrà intendervi andata a buon fine.

**ALLEGARE: COPIA DEI DOC. IDENTITA' E TESSERE SANITARIE**