

REGIONE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
ASP

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 11 e 26 dell'accordo collettivo nazionale

per la medicina generale per la pediatria di libera scelta

...I... sottoscritt..... nat... il a
in possesso del documento di assistenza sanitaria n°
con residenza anagrafica nel Comune di
ed abitante nel Comune di via tel.

chiede per se stesso

per se stesso ed i familiari qui di seguito elencati:

per i familiari qui di seguito elencati:

(cognome e nome)	(data di nascita)	(rapporto di parentela)
.....
.....
.....

L'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dr. cod. N°.....
che svolge la propria attività di medico convenzionato in altro ambito territoriale costituito dai Comuni:

A giustificazione della sua richiesta ..I.. sottoscritt... comunica che:

allega la documentazione o la dichiarazione sostitutiva comprovante la situazione sopra dichiarata e la attestazione di
accettazione da parte del nuovo medico

Data firma

Parere obbligatorio del Comitato Aziendale della A.U.S.L. n. 2
Il Segretario del Comitato Aziendale

Data

Azienda U.S.L. n. 2 Potenza Prot. N° data

Al Sig.

Si comunica che la sua richiesta è stata

accolta

respinta con la seguente motivazione

La S.V. è invitata a presentarsi al competente ufficio, esibendo la presente comunicazione per ulteriori provvedimenti di
competenza.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE