Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

All. 3

Modulo da utilizzare per la Scelta e Revoca del Medico di Medicina Generale con modalità diverse dall'accesso diretto agli sportelli
(trasmissione via mail o consegna presso Punti di Ritiro)

Il sottoscritto/a…….…….

nato/a a …… il ……..…….…….….

residente in ……... in via ……..

tel. fisso/mobile …….……e mail……
(obbligatori per eventuali comunicazioni)

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Chiede che venga assegnato: □ **a sé** □ **al/ai proprio/i familiare/i** sotto indicato/i, anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare, il Medico di Medicina Generale/Pediatra, secondo le priorità di scelta sotto indicate:

1) …….…….. nato il ……..
2) …….. nato il …….
3) …….. nato il ……..
4) …….. nato il ……..

□ **per ricongiungimento familiare con** …….……nato il ……..…….
(se ricorre il caso)

……., li……. In fede

Allegati obbligatori: ……
- **Fotocopia documento d'identità del richiedente** (firma)
- Per i Medici associati: Disponibilità scritta del Medico che si intende scegliere (salvo il caso in cui l'attuale medico stia cessando l'attività)

****

Elenco Medici consultabile all'indirizzo: https://www.ats-milano.it/portale/Cerca-medico-o-pediatra

Priorità di SCELTA	COGNOME MEDICO	NOME MEDICO	Comune Ambulatorio
1			
2			
3			

N.B. Salvo diverse comunicazioni, si intende assegnato il primo medico indicato dal richiedente.

Ai sensi del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

Firma

Data _____

_____