

**MODELLI SCONFINAMENTO PER ETA' ADULTA**

**AL DIRETTORE GENERALE A.S.L.  
LANCIANO-VASTO  
SEDE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ possesso \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tesserino \_\_\_\_\_ Sanitario  
N° \_\_\_\_\_ (A.S.L. \_\_\_\_\_), assistito in data odierna dal  
Dr. \_\_\_\_\_ operante nel Comune di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

*Alla S.V. che venga assegnato quale Medico Curante per: (1)*

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>N° TESSERINO SANITARIO A.S.L.</b>	<b>MEDICO CURANTE ATTUALE DEL- L'ASSISTITO</b>

Il Dr. \_\_\_\_\_ operante nel Comune  
di \_\_\_\_\_ per i seguenti motivi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allega la seguente documentazione(2) (eventuale).**

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

- (1) *Elencare gli assistiti per i quali si chiede la scelta del Medico Curante (se stessi e/o eventuali familiari.*
- (2) *Se l'istanza si fonda sulla maggiore vicinanza o migliore viabilità tra la residenza dell'assistito e l'ambulatorio del Medico prescelto, deve essere allegata apposita certificazione rilasciata dal Comune di residenza, o autocertificazione.*

**AVVERTENZE**

**LA PRESENTE RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA A "STAMPATELLO" O AL "COMPUTER". ESSA NON VERRA' PRESA IN CONSIDERAZIONE SE SPROVVISTA DELLA DOCUMENTAZIONE.**