



Azienda Sanitaria Locale 2

Lanciano – Vasto – Chieti

(L.R. 10.03.2008, n. 5)

66100 CHIETI - Via dei Martiri Lancianesi n. 17/19

**DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
ART.10 REGOLAMENTO AZIENDALE ADOTTATO CON DELIBERA D.G. n° 493 DEL 6/05/2011**

RACCOMANDATA A/R

AI **COMITATO AZIENDALE
PER LA MEDICINA GENERALE
A.S.L. 2 LANCIANO – VASTO – CHIETI
Via Martiri Lancianesi, 19 – 66100 CHIETI**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____ n° _____
telefono _____ n. Tessera sanitaria _____ attualmente iscritto
nell'elenco degli assistiti del dott. _____ nel Comune di _____

CHIEDE

che venga autorizzata la scelta in deroga ai sensi dell'art. 10 del Regolamento Aziendale in favore del dott.

_____ iscritto nell'elenco del comune di _____

per sé e/o per i propri familiari sottoelencati:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	N° TESSERA SANITARIA	RELAZ. DI PARENTELA

Tale richiesta viene avanzata per i seguenti motivi non contemplati nel Regolamento Aziendale per le scelte in deroga:

Si allega la dichiarazione di accettazione rilasciata dal medico richiesto e la copia di un documento d'identità.

Luogo e data _____

firma _____



Azienda Sanitaria Locale 2

Lanciano - Vasto - Chieti

(L.R. 10.03.2008, n. 5)

66100 CHIETI - Via dei Martiri Lancianesi n. 17/19

**DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
ART.10 REGOLAMENTO AZIENDALE ADOTTATO CON DELIBERA D.G. n° 493 DEL 6/05/2011**

RACCOMANDATA A/R

AI **COMITATO AZIENDALE
PER LA PEDIATRIA
A.S.L. 2 LANCIANO - VASTO - CHIETI
Via Martiri Lancianesi, 19 - 66100 CHIETI**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____ n° _____
telefono _____ n. Tessera sanitaria _____ attualmente iscritto
nell'elenco degli assistiti del dott. _____ nel Comune di _____

CHIEDE

che venga autorizzata la scelta in deroga ai sensi dell'art. 10 del Regolamento Aziendale in favore del pediatra
dott. _____ iscritto nell'elenco del comune di _____

per sé e/o per i propri familiari sottoelencati:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	N° TESSERA SANITARIA	RELAZ. DI PARENTELA

Tale richiesta viene avanzata per i seguenti motivi non contemplati nel Regolamento Aziendale per le scelte in
deroga:

Si allega la dichiarazione di accettazione rilasciata dal medico richiesto e la copia di un documento d'identità.

Luogo e data _____

firma _____