

**Al Comitato d'Azienda per la
Pediatria di Libera Scelta
Area Vasta 4
Via Zeppilli n. 18
63900 FERMO**

OGGETTO : Domanda di scelta in deroga

Il/la sottoscritto/a Nato/a il

a (.....) Residente a (.....)

Via n.° Tel.

Domiciliato/a a (.....) Via n.°

di professione

per le motivazioni riportate nell'allegata Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

RIVOLGE DOMANDA al fine di ottenere per i propri familiari

assistiti attualmente dal Dr. della ASL/Area Vasta

di

N.ro Ord.	Cognome e Nome	Data di Nascita	Relazione Parentela
1			
2			
3			
4			
5			

la scelta del Dr. iscritto nell'elenco dei Medici di Medicina

Generale operanti nel Comune di, per le motivazioni

riportate nell'allegata Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Data _____ Firma _____

Data e firma operatore che riceve la domanda

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: G. Oberdan, 2 – 60122 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424

Area Vasta n. 4 Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM

Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019 e-mail: segreteria.asl11@asl11.marche.it - www.asurzona11.marche.it

Il Comitato d'Azienda per la Medicina Generale nella seduta del

VISTA la domanda e le motivazioni addotte nonché i documenti allegati, esprime il seguente
PARERE:

FAVOREVOLE all'accoglimento;

CONTRARIO all'accoglimento, per i seguenti motivi:

.....

.....

.....

.....

.....

IL PRESIDENTE

I COMPONENTI

IL SEGRETARIO
