

Struttura: Distretto Novi L. - Tortona  
Direttore: dott. Orazio Barresi

SCELTA MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA  
Ai sensi del D.P.R., 28/12/2000 n° 445, G.U. 20/02/2001

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO RESIDENZA \_\_\_\_\_

- CHIEDE DI POTER SCEGLIERE IL SEGUENTE MEDICO DI FIDUCIA:

\_\_\_\_\_

(in caso di mancanza di disponibilità residua del medico scelto, può indicare un secondo nominativo,  
oppure attendere di essere contattato al numero telefonico indicato)

Barrare la/e opzione/i scelta/e

PER SE'

PER I SEGUENTI FIGLI MINORI

\_\_\_\_\_  
 PER I SEGUENTI ASSISTITI SOGGETTI A TUTELA

\_\_\_\_\_  
 PER I FAMIGLIARI SOTTOINDICATI

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	FIRMA

**Per ciascun nominativo allegare fotocopia di documento di identità e tessera sanitaria**

NUMERO TELEFONICO DA CONTATTARE \_\_\_\_\_

OPPURE INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_