

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5 - CASTELLAMMARE DI STABIA

Prot. _____ del _____

**AL DIRETTORE DEL
DISTRETTO N. 82**

OGGETTO : richiesta medico di fiducia fuori ambito territoriale.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

con residenza in _____ in via _____

Cod. Fisc. _____ tel. _____

con domicilio di assistenza in _____

CHIEDE

di poter scegliere per se / per i familiari quale medico il dott. _____

Codice Regionale _____ con ambulatorio sito in _____ via _____

DATA _____

Firma del richiedente _____

ai sensi dell' art. 10 Legge 675/96 presto consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell' ASL NA.5 ai fini istituzionali.

DATA _____

Firma _____

INFORMATIVO PER ACCETTAZIONE : lo sottoscritto dott. _____

Cod. Reg. _____ **comunico di accettare la scelta e dichiaro sotto la mia responsabilità che essa rientra nei limiti del mio massimale.**

DATA _____

**TIMBRO E FIRMA DI ACCETTAZIONE
DEL SANITARIO**
