

**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**

\_\_\_\_\_