

FAC-SIMILE

DISTRETTO SANITARIO DI \_\_\_\_\_

- Richiesta del medico di medicina generale ex art. 39, commi 2 e 5 **ACN MMG**
- Richiesta del pediatra di libera scelta ex art. 37, comma 2 e 3 **ACN PLS**

N.B. COMPILARE TUTTI I CAMPI IN MANIERA COMPLETA E IN STAMPATELLO

Il sottoscritto	
Nato a _____	il _____
Codice fiscale _____	
Residente a _____	Via _____
Telefono _____	
Email _____	
Attualmente iscritto presso il Dr. _____	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione (L. n. 15/68 n.127/97, 191/98, DPR n.403/98, L. n.443/2000) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli art. 483, 495 e 496 del codice penale

CHIEDE DI POTER

 SCEGLIERE per sé MANTENERE
 per i propri familiari  
anagraficamente conviventi<sup>2</sup>

Il Dott. \_\_\_\_\_ nei limiti del massimale regionale consentito alla data della registrazione presso lo sportello del Distretto

Elenco dei familiari<sup>2</sup>

Cognome e nome	Cod. fiscale	Data di nascita	Grado di parentela

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003

II DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

## PARTE DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO ACCETTANTE

Il sottoscritto Dott. _____			
Cod. regionale n° _____	A.S.L. _____	Distretto _____	
Indirizzo studio _____		Massimale assistiti n° _____	

Ai sensi della normativa vigente in tema di autocertificazione (L. n. 15/68 n.127/97, 191/98 DPR n.403/98, L. n.443/2000) e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli art. 483, 495 e 496 del codice penale.

**DICHIARA di essere disponibile ad accettare fra i propri assistiti il richiedente e gli eventuali familiari**

Data, \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del medico**

A CURA DELL'OPERATORE CHE RICEVE LA DOMANDA  
N° ISCRITTI AL MEDICO \_\_\_\_\_ FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_