

**DELEGA PER SCELTA E REVOCA MMG E PLS
A.S.L. AT**

Il sottoscrittocod. fisc.....
nato ail
residente a.....via.....
(eventualmente se diverso) domiciliato a
impossibilitato a recarsi agli uffici centrali o territoriali dell'ASL personalmente

CHIEDE

Per propria scelta che gli sia assegnato quale Medico di Medicina Generale
Il dottor.....(operante nell'ambito territoriale di residenza)

E/O

Che al proprio figlio (o altro componente del nucleo familiare)
minore.....nato aIl.....residente a
.....via.....sia assegnato il
Pediatra/Medico di Medicina Generale (operante nell'ambito territoriale di
residenza) dottor.....

Ricusando pertanto le precedenti scelte.

Data.....

Firma.....

Per il riconoscimento dell'autenticità della firma l'interessato dovrà allegare una fotocopia in carta semplice della propria carta d'identità in corso di validità. La mancanza di tale copia renderà la scelta inaccettabile dall'ASL.