

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FROSINONE

Distretto _____

Il/la sottoscritt _____ con cittadinanza _____

nat a _____ il _____

residente nel Comune di _____ via/piazza _____

numero di telefono _____ Codice Fiscale _____

Documento _____ N° _____ rilasciato da _____ il _____

CHIEDE

Di iscrivere negli elenchi del S.S.N. gestiti da codesta ASL per se stesso e per i familiari di seguito elencati (di cui allega delega) e a tal fine dichiara di scegliere il

Dott _____

Medico di medicina generale operante nell'ambito territoriale di _____

Si precisa che la scelta del medico potrà essere effettuata solo se al momento della registrazione informatica il Medico avrà disponibilità di posti o se si tratta di ricongiunzione familiare. Nel secondo caso, indicare di seguito il nominativo di almeno un familiare che sia assistito dallo stesso Medico:

Nome _____ data di nascita ____/____/____

In caso di superamento del massimale del Medico sopra indicato si opta nell'ordine, per i seguenti medici:

a) Dr/Dr.ssa _____

b) Dr/Dr.ssa _____

| <i>Cognome Nome conviventi</i> | <i>Relazione di parentela</i> | <i>Residenza (via e numero civico)</i> | <i>Data di nascita</i> | <i>Codice fiscale</i> |
|------------------------------------|-------------------------------|--|------------------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Si impegna a segnalare tempestivamente qualunque variazione che dovesse intervenire nella situazione sopra rappresentata. È consapevole che la presente equivale ad autocertificazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 e acconsente alla raccolta dei dati personali nel rispetto della L.675/96.

Data _____

Firma _____