Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	RICHIESTA DI ISCRIZIONE/SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Mod02SPFPreSST	Rev.: 0
		Data: 12/06/2020	
		pag. 1	di: 2

Presidio Socio Sanitario Territoriale
Direttore: Dr. Fausto Alborghetti

Io sottoscritto:

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

In Via/P.za _____ N° _____

Codice Fiscale _____

N. documento di identità _____ Scadenza _____

Comune _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Dichiaro di voler scegliere un Medico operante nell'ambito territoriale del Comune di:

_____

Il Dr. / Dr.ssa _____

Inserendo qui http://www.ats-bg.it/servizi/anagraficamedica/medici_fase01.aspx il proprio comune di residenza verranno visualizzati i nominativi di tutti i medici.

(Ndr: Si mette a conoscenza la S.V. che il medico prescelto potrebbe non avere posti disponibili per altri assistiti. In tal caso sarete contattati telefonicamente o via e-mail dai nostri operatori)

In fede

_____

Luogo, _____ data _____

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA