

Spett.le

A.S.L. n. _____

Via _____

**Alla c.a. del Comitato Consultivo della
Medicina Generale**

..... lì

OGGETTO: **richiesta scelta del medico in deroga all'Accordo Collettivo Naz.le per la
Medicina Generale, art.40 commi 2 e 10**

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____

Codice Fiscale _____

Tessera Sanitaria n. _____

Chiede - **in deroga all'art.40 dell' ACN vigente** - di poter mantenere quale medico di fiducia

il Dottor/ssa _____

per i seguenti motivi _____

Distinti saluti.

Il Paziente _____