

	Allegato n° 3 alla PQA 1189 – “Sportelli polifunzionali – gestione istanze cittadini e modulistica” Sistema Gestione Qualità Aziendale		MOD 1305 Rev. n 1 del 06/12/2021 Pag. 1/1
	RICHIESTA CANCELLAZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA PRESSO LA ASL DI RESIDENZA		

All'ASL di _____

Distretto/sede di _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (_____) il _____

residente a _____

codice fiscale _____

domiciliato a _____

recapito telefonico _____ e mail _____

iscritto all'anagrafe sanitaria dell'ASL di _____

ha presentato domanda di iscrizione temporanea negli elenchi di ASL 2. La disciplina vigente (Conferenza Stato Regioni 8/5/2003) prevede che tale iscrizione possa essere effettuata solo previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dell'assistito dagli elenchi di medicina generale o pediatria di libera scelta dell'ASL di residenza;

richiede pertanto di procedere alla predetta cancellazione.

(luogo, data)

(il richiedente)

(l'incaricato)

Da compilarsi a cura dell'ASL di residenza

All'ASL 2 Savona
Sportelli polifunzionali

sceltarevocamedico@asl2.liguria.it

Il cittadino sopra indicato non ha effettuato la scelta del medico ovvero ha richiesto la cancellazione con decorrenza dal _____. La presente comunicazione è obbligatoria ai sensi di legge.

Data _____

timbro e firma _____