

Al Comitato Aziendale
per la Medicina Generale
Azienda ULSS 12 Veneziana
Via Don F. Tosatto, 147
30174 Mestre (Ve)

Il sottoscritto _____
residente a _____
in Via _____ n. _____,
Tessera Sanitaria n° _____, a norma di quanto previsto
dalla Convenzione per la Medicina Generale di Base,

CHIEDE

di scegliere quale Medico di fiducia per sé e per i propri familiari il Dott. _____
_____ iscritto nell'elenco dei Medici convenzionati per il
Comune di _____ con ambulatorio in

per i seguenti motivi:

Venezia Mestre, li _____
_____ (firma)

Il sottoscritto dott. _____ dichiara la
propria disponibilità ad accettare la scelta in suo favore che il Sig. _____
_____ intende effettuare per _____
_____ (nome e cognome)

_____ (luogo e data)

_____ (timbro e firma del medico)