



Regione
Lombardia

ASL Varese

**AZIENDA SANITARIA LOCALE – A.S.L. della Provincia di Varese
Distretto Socio Sanitario di Varese**

Oggetto: Scelta del Medico di Assistenza Primaria.

Il/La sottoscritta _____ nato/a il _____

A _____ residente a _____

In Via _____ n° _____ Telefono _____

Chiede

- per se stesso
- per se stesso ed i familiari qui di seguito elencati
- per i familiari qui di seguito elencati

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Tessera sanitaria

Di avvalersi dell'opera professionale del Dr./Dr.ssa

1 scelta _____

In alternativa (qualora il Medico individuato nella 1° scelta raggiunga il
massimale e di conseguenza non ha posti disponibili)

2° scelta _____

3° scelta _____

Data, _____ Firma _____