

**Al Responsabile del Distretto di Novara
AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO" - NOVARA**

OGGETTO: Richiesta al Comitato Aziendale di Medicina Generale

Il/La sottoscritto/a _____ **Tel.** _____
nato/a a _____ **il** _____
e residente a _____ **in Via** _____

CHIEDE

l'iscrizione al Dott. _____ **Medico di Assistenza Primaria ,**
per sé e/o per i propri familiari:

nome e cognome **data nascita**.....
nome e cognome **data nascita**.....
nome e cognome **data nascita**.....

- **Per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità, in quanto la residenza dell'assistito gravita in ambito limitrofo anche se diverso da quello del medico .**

- **Altra motivazione**
.....
.....
.....
.....
.....

Si allega alla presente la dichiarazione di disponibilità all'iscrizione negli elenchi dei propri assistiti , del Medico sopraindicato.

Novara,

.....