

**U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale**

**Via Annibali, 31/L 62100 Piediripa di Macerata**

Distretto Macerata belvedere Sanzio 1 - Tel. 0733 2572047 - 0733 2572032 - Fax 2572052

Distretto Camerino Loc. Caselle - Tel. 0737 639312 - Fax 0737 6639271

*Distretto Civitanova Marche Via Abruzzo – 0733 823484 – 0733 823475 - Fax 0733 823456*

RICHIESTA DI SCELTA/CAMBIO MEDICO NELLO

STESSO AMBITO TERRITORIALE DI SCELTA

Il/la sottoscritto/a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in VIA/CORSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

⬜ Per se stesso,

⬜ per il figlio (minore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La scelta/cambio/ del/della Dr./Dr. ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- copia documento riconoscimento

- copia TEAM

Data

*(firma leggibile per esteso del dichiarante)*

[MBA010]

[Pag. 1/ 1]

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

*Sede legale: Via Guglielmo Oberdan, 2 - 60122 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 sito internet:* [*www.asur.marche.it*](http://www.asur.marche.it/)

**Area Vasta n.3**

Sede Amministrativa: via Annibali 31/L – 62100 Piediripa di Macerata - Tel. 0733/25721 - Fax 0733/2572710