



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
Regione Basilicata  
**ASM MATERA**

MOD. 04A

AL PRESIDENTE del COMITATO CONSULTIVO  
DEI MEDICI di ASSISTENZA PRIMARIA.  
ASM – AZIENDA SANITARIA DI MATERA

**OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA PRIMARIA FUORI AMBITO.**  
Art. 40 ACN del 23.03.2005 (G.U. n.134 del 12/06/2006)

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
in Via \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire dell'Assistenza Primaria nel Comune di \_\_\_\_\_, per  
se stesso e per i componenti del nucleo familiare di seguito indicati:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

per le seguenti motivazioni:

Studio  Salute  Lavoro

MEDICO SCELTO: \_\_\_\_\_

Per un periodo di mesi \_\_\_\_\_ (massimo 12 mesi)

Distinti saluti. \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Firma)

**N.B.**– Si ricorda che la scelta fuori ambito può essere effettuata esclusivamente quando si domicilia temporaneamente fuori dalla propria residenza per documentati motivi di lavoro, di studio e di salute. La scelta può essere effettuata per un periodo minimo di tre mesi e massimo di un anno. **ALLEGARE:**

- 1. LIBRETTO SANITARIO IN SUO POSSESSO**
- 2. DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LA RICHIESTA**
- 3. CERTIFICATO (O AUTOCERTIFICAZIONE) DI DOMICILIO**