



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Regione Basilicata
ASM MATERA

MOD. 04B

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

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA PEDIATRICA FUORI AMBITO.
art. 39 ACN del 15.12.2005

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**