


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	<b>RICHIESTA DI ISCRIZIONE/SCelta DEL          MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA</b>	Mod02SPFPresST	Rev.: 0
		Data: 12/06/2020	
		pag. 1	di: 2

**Presidio Socio Sanitario Territoriale  
 Direttore: Dr. Fausto Alborghetti**

Io sottoscritto:

Cognome

Nome

Nato a  il

Residente a

In Via/P.za  N°

Codice Fiscale

N. documento di identità  Scadenza

Comune

Recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Dichiaro di voler scegliere un Medico operante nell'ambito territoriale del Comune di:

Il Dr. / Dr.ssa

Inserendo qui [http://www.ats-bg.it/servizi/anagraficamedica/medici\\_fase01.aspx](http://www.ats-bg.it/servizi/anagraficamedica/medici_fase01.aspx) il proprio comune di residenza verranno visualizzati i nominativi di tutti i medici.

*(Ndr: Si mette a conoscenza la S.V. che il medico prescelto potrebbe non avere posti disponibili per altri assistiti. In tal caso sarete contattati telefonicamente o via e-mail dai nostri operatori)*

In fede

\_\_\_\_\_

Luogo,  data