

Al Direttore dell' UOC Aree Territoriali
ASST Lariana

Oggetto: **Scelta del nuovo medico.**

Io sottoscritto/a _____ nata/o il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

(tutti i campi in grassetto sono obbligatori)

Appreso che

il **Dr. Lillo FOTI** ha trasferito l'attività di Medico di Medicina Generale

procedo

alla scelta del nuovo medico per me ed i seguenti **familiari minori a carico**, già iscritti nell'elenco del medico sopracitato:

Cognome e nome dell'assistito	Data di nascita	codice fiscale

tra i **medici non massimalisti** (con posti disponibili superiori a 20) **iscritti nell'ambito di Bene Lario, Colonno, Grandola e Uniti, Griante, Menaggio, Plesio, Sala Comacina, San Siro e Tremezzina.**

Medico	Posti disponibili al 20/2/2019	Ambulatorio
Dr. Andrea Guffanti	1500	Bene Lario, Grandola ed Uniti, Plesio
Dr. Raoul Cipollini	401	Griante, Tremezzo, Mezzegra
Dr. Claudio Introzzi	119	Lenno, Sala Comacina, Colonno, Ossuccio

Formalizzo, pertanto, **la seguente scelta del medico** (a stampatello):

- _____

In subordine, opto in ordine di preferenza per i dottori:

- _____

Data _____

Firma _____

La segreteria **contatterà**, per formalizzare l'avvenuto cambio, **esclusivamente gli assistiti la cui prima scelta non sarà stata soddisfatta per raggiungimento del massimale del medico.** Pertanto, in assenza di nostre comunicazioni, la prima scelta del cittadino dovrà intendersi andata a buon fine.