All'Azienda Sanitaria Locale N° …..di ……………………………………….

**OGGETTO**: richiesta del medico curante (ex art. 11 D.p.R. 484/96)

Il sottoscritto nato a……………….il residente a……………………..in tel. tessera sanitaria n° ……………………attualmente assistito dal dr………………………………………………….

CHIEDE

di poter scegliere per

in deroga alla competenza territoriale;

in deroga al massimale di scelta.

quale medico di fiducia il dr. ……………………………………………………..con studio in …………………………...

per la seguente motivazione: …………………………………………………………………….

Distinti saluti,

Firma