

Oggetto: **RICHIESTA DI SCELTA DEL MEDICO DI FIDUCIA A SEGUITO DI PRESENTAZIONE DELL'ATTESTATO _____ RILASCIATO DALL'ISTITUZIONE COMPETENTE _____ IN DATA _____**

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

CAP _____ COD. FISC. _____ IN QUALITA' DI:

_____ familiare rimasto in Italia di lavoratore occupato all'estero in _____;

_____ titolare di pensione e/o rendita dovuta in virtù della legislazione dello stato _____ che ha trasferito la propria residenza in Italia;

_____ familiare rimasto in Italia di titolare di pensione e/o rendita belga che risiede all'estero;

CHIEDE

ai sensi del Regolamento CEE o Convenzione Bilaterale di essere iscritto al S.S.N. e di procedere alla scelta del medico di fiducia

PER SE' _____ E/O PER I SOTTOELENCATI FAMILIARI _____

NOMINATIVO	COD. REG.	COD. FISC.	MEDICO PRESELTO

Con la presente s'impegna a dare conferma, con evidenza semestrale della propria permanenza nell'ambito territoriale del Distretto Sanitario di Ales ed a comunicare qualsiasi successiva variazione di residenza essendo a conoscenza che la mancata comunicazione di quanto sopra comporterà l'addebito a carico del sottoscritto delle spese sostenute dall'Azienda. U.S.L. per le quote mensili corrisposte al medico di fiducia

Per i soli pensionati :DICHIA, di essere o di non essere titolare di pensione erogata in virtù della legislazione italiana.

Ales, li ____/____/____

Firma dell'interessato o del genitore se minore