

Oggetto: **Scelta del nuovo medico.**

Io sottoscritto/o _____ **nata/o il** _____

Residente a _____ **via** _____ **n.** _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

(tutti i campi in grassetto sono obbligatori)

Appreso che

la Dr.ssa **Paola Micale** ha cessato 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 della Dr.ssa Micale:

Cognome e nome dell'assistito	Data di nascita	codice fiscale

tra i **medici non massimalisti iscritti nell'ambito di Cernobbio e Maslianico**:

Medico	Posti disponibili	Sedi ambulatoriali
Antonelli Alessandro	560	Cernobbio via Baragiola 8/A
Colavita Maria	1500	Maslianico via XXV Aprile 23
Corti Guido	190	Cernobbio via Garibaldi 13

Formalizzo, pertanto, **la seguente scelta del medico** (a stampatello), in ordine di preferenza:

1) _____

2) _____

3) _____

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.