



Regione Piemonte
ASL NO
Novara

DELEGA ALLA SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....il.....
residente ain via.....n°.....
domiciliato/a ain via.....n°.....
codice fiscale.....telefono.....

DELEGA

Il/La sig/ra.....
nato/a.....il.....

☐ ad effettuare, presso l'ASL di Novara, la scelta:

☐ del medico di base per sé

Dott.

☐ del pediatra o del medico di base per il/i proprio/i figlio/i.....

Dott.....

☐ ad effettuare, presso l'ASL di Novara, la revoca del medico di base x iscrizione presso l'ASL di domicilio.

☐ ad effettuare, presso l'ASL di Novara, la revoca del medico di base o l'iscrizione senza scelta medico.

☐ a richiedere, presso l'ASL di Novara, il rinnovo della tessera sanitaria:

☐ per sé

☐ per il/i proprio/i figlio/i

SI ALLEGA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL/LA SOTTOSCRITTO/A e il vecchio tesserino sanitario cartaceo.

☐ si dichiara lo smarrimento del vecchio tesserino sanitario cartaceo.

Novara.....

Il/La delegante