


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	RICHIESTA DI ISCRIZIONE/SCELTA DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	Mod02SPFPreSST	Rev.: 1
		Data: 24/08/21	
		pag. 1	di: 2

**Presidio Socio Sanitario Territoriale  
Direttore: Dr. Fausto Alborghetti**

Io sottoscritto:

Cognome

Nome

Nato a  il

Residente a

In Via/P.za  n.

Codice Fiscale

N. documento di identità  Scadenza

Comune

Recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Dichiaro di voler scegliere un Medico operante nell'ambito territoriale del Comune di:

Il Dr. / Dr.ssa

Inserendo qui <https://urly.it/3cqsp> il proprio comune di residenza verranno visualizzati i nominativi di tutti i medici.

*(Ndr: Si mette a conoscenza la S.V. che il medico prescelto potrebbe non avere posti disponibili per altri assistiti. In tal caso sarete contattati telefonicamente o via e-mail dai nostri operatori)*

In fede

\_\_\_\_\_

Luogo,

data