

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

Distretto Socio Sanitario di \_\_\_\_\_

Ufficio scelta e revoca del medico

**Oggetto: RICHIESTA REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA PER TRASFERIMENTO TEMPORANEO.**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

PER SE STESSO

PER I PROPRI FAMILIARI (ALLEGA AUTOCERTIFICAZIONE SITUAZIONE DI FAMIGLIA)

LA CANCELLAZIONE TEMPORANEA DAGLI ELENCHI ASSISTITI DI CODESTA ASP PER TRASFERIMENTO TEMPORANEO PRESSO:

(regione) \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_

PER MOTIVI DI STUDIO -

PER MOTIVI DI LAVORO

PER MOTIVI DI SALUTE

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

Allegati:

- 1) fotocopia documento di identità

Per ogni altra comunicazione e per invio dell'avvenuta cancellazione inviare a :

\_\_\_\_\_