



AL DIRETTORE DEL DISTRETTO DI

Il Sottoscritto/a _____

in qualità di* _____

reperibile al seguente indirizzo: _____

recapiti telefonici _____

CHIEDE

per il/la paziente _____

nato/a a _____ **il** _____

residente in _____ **Via** _____

recapiti telefonici _____

L'Assistenza Domiciliare Integrata _____

si specifica che il MMG dell'assistito/a è il Dott** _____

reperibile al seguente indirizzo: _____

Tel. _____ **Cell.** _____ **e-mail** _____

Si allega scheda anamnestica (doc.2)

Firma e timbro del MMG

Firma del Richiedente

DATA _____

*specificare se MMG o altro sanitario/parente e grado di parentela con il paziente

**qualora fosse diverso dal richiedente