

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL MEDICO**

(ART. 26 dpr 270/2000 – ART. 24 dpr 272/2000)

(da allegare per la scelta di Medico iscritto in elenco diverso da quello dell'ambito territoriale dell'assistito)

Spettabile  
ASST

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dr. Dr.ssa \_\_\_\_\_

Codice regionale \_\_\_\_\_ che svolge la propria attività di Medico Convenzionato  
con il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del Comune di

\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere disponibile ad accogliere tra i propri assistiti le persone di seguito riportate e pertanto si impegna a garantire loro tutte le prestazioni professionali previste dai vigenti accordi, comprese le **visite domiciliari**, qualora necessarie:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

In fede

Data

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_