

	M. C. A. T. 026 RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A SCEGLIERE IL MEDICO DI MEDICINA IN ASSOCIAZIONE Art. 40 co. m – D.P.R. 2701/2000	Data di emissione: 25/07/2022 Vers. 0 Approvato ed emesso in originale
---	---	--

MEDICINA IN ASSOCIAZIONE
Art. 40 comma m – D.P.R. 270/2000

I / La sottoscritto /a Dott. / .ssa

Dichiara di accettare come proprio/a assistito/a il/la Sig./ra

_____ a seguito di revoca del Dott./ssa

_____ con il quale ho costituito

Medicina in Associazione.

Data _____

Firma _____

Timbro _____

N.B. L'eventuale accettazione del Medico, non esclude l'impossibilità della sua scelta nel caso abbia raggiunto il massimale di assistiti previsto dalla normativa per le scelte in deroga.