

 <p><b>A.S.L. TO3</b> Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo</p>	<p>M. C. A. T. 027</p> <p><b>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A SCEGLIERE IL MEDICO IN DEROGA TERRITORIALE NELLA STESSA ASL</b></p>	<p>Data di emissione: 25/07/2022 Vers. 0 Approvato ed emesso in originale</p>
--	--	---

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

---

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.