

**Ansuchen an das Amt für die Verwaltung der Sprengel zwecks Wahl des Arztes für Allgemeinmedizin**

**Richiesta all'ufficio gestione distretti per la scelta del medico di medicina generale**

Der/die Unterfertigte - il/la sottoscritto/a

geb. am - nato/a il

in - a

PLZ wohnhaft in - CAP residente a

Str. - via

Nr. - nr.

Tel. Nr. - tel. n.

Handy - cellulare

E-Mail Adresse - Indirizzo di posta elettronica

Zertifizierte E-Mail Adresse (PEC) - Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

**ersucht, für sich und für folgende minderjährige Familienmitglieder:**

**chiede per sé e per i suoi familiari minorenni:**

	Familienmitglieder familiari	Verwandtschaftsgrad grado di parentela	Geburtsdatum data di nascita	wohnhaft in residente a	derzeitige/r Vertrauensarzt/Ärztin medico di medicina generale attuale
1.					
2.					
3.					
4.					

folgende/n Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin wählen zu dürfen:

di poter scegliere come medico di medicina generale il

Dr. \_\_\_\_\_

des Einzugsgebietes - dell'ambito territoriale: \_\_\_\_\_

Begründung - Motivazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum - data

Unterschrift - firma

**Einwilligungserklärung des Arztes/der Ärztin**

**dichiarazione di accettazione del medico**

Datum - data

Stempel und Unterschrift - timbro e firma

Anlagen - Allegati: \_\_\_\_\_