

## SCELTA MEDICO CURANTE

Richiamato il contratto di accoglienza del .....

**Cognome e Nome del residente:** \_\_\_\_\_

**Data di nascita:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

il/la sottoscritto/a prende coscienza che la Casa di Riposo Solarium mette a disposizione dei propri residenti un servizio medico garantito dal medico responsabile dell'Istituto ed un picchetto 24 ore su 24 (festivi compresi) in collaborazione con il circolo medico di Locarno e dintorni. È parimenti garantita la libera scelta del medico curante conformemente alla legge sanitaria.

Voglia quindi indicare di seguito i dati dei propri medici curanti e l'istituto di cura acuto desiderato in caso di necessità:

**Medico/i curante/i:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ospedale/Clinica:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Luogo e data:**

\_\_\_\_\_

**Firma del residente o del rappresentante legale:**

\_\_\_\_\_