

ALL'UFFICIO RELAZIONI COL PUBBLICO

DI (indicare Azienda Ospedaliera/consultorio/ecc.)

* *

RICHIESTA

La sottoscritta (nome - cognome)

*nata a _____ il _____ residente in
(comune - provincia) _____ telefono _____
e-mail _____*

*nella sua qualità di privata cittadina (indicare eventualmente nr.
Tessera sanitaria)*

premessso che

* *in data _____ si è recata presso il Centro
Unico Prenotazione di _____ (indicare ospedale/
consultorio cui la richiesta è indirizzata) per prenotare
_____ (indicare il tipo di servizio sanitario
richiesto) chiedendo espressamente di essere visitata da
medico che non abbia elevato obiezione di coscienza ai sensi
dell'art. 9 l. n. 194/1978*

* *al momento della prenotazione le è stato riferito
_____ (indicare motivo del rifiuto a fornire
l'informazione richiesta)*

* *ha comunque prenotato la visita per il giorno _____ col
medico assegnatole dr. _____*

* *

CHIEDE

*che le venga specificato, anche con comunicazione scritta e
preferibilmente entro il _____ (data della visita) se il dr.
_____ ha elevato obiezione di coscienza ex art. 9. l.
n. 194/1978 e, in caso affermativo, di essere visitata da altro
medico in quanto non intende farsi visitare da medico che si rifiuta
di difendere la salute delle donne.*

* *

*Indirizzo (anche e-mail e/o telefonico) presso il quale si desidera
ricevere la risposta.*

Luogo, data

* _____ *

(firma)