

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

a) Documenti amministrativi:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

b) Documenti sanitari:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sotto indicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

Via _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Cell. _____ e_mail _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della L. 675/96 si informa che:

1. *Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter accedere ai benefici di cui alla presente istanza;*
2. *I dati personali e sensibili contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte degli Enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai fini della definizione e della liquidazione delle competenze accertate;*
3. *Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico dell'Azienda Sanitaria Locale;*
4. *Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per fare valere i suoi diritti così come previsti dall'art. 13 della L. 675/96*

Firma per presa visione

(firma estesa leggibile o firma digitale)

_____, li ____ | ____ |

(Luogo)

(Data)

(firma estesa leggibile o firma digitale)