

**Spettabile
Asl n.5
Distretto di Ghilarza – Bosa
Ufficio Rapporti Internazionali**

09074 GHILARZA

Oggetto Comunicazione

Con la presente ___l___ sottoscritt_____

nata/o il ___/___/___ a _____ residente _____

in Via _____ Tel _____

e-mail _____@_____.

comunica :

() che la durata del soggiorno nello Stato _____ è per un periodo superiore ai 30 gg.

Motivo viaggio: () Studio () Lavoro () Turismo () _____

Tanto si doveva, per la sospensione del medico.

Sarà mio interesse recarmi alla Asl, per richiedere il ripristino del medico di famiglia.

Cordiali saluti

_____?

In fede

Sottoscrizione dell' istanza da parte dell' interessato.

può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto, sottoscritta ed inviata unitamente ad una fotocopia di un documento d' identità valido del sottoscrittore.

Possono essere inviate via fax o telematica(in questo caso sono valide se sottoscritte con firma digitale ovvero quando identificato dal sistema informatico con uso di carta d'identità elettronica)

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali legge 675/96 ovvero(D.Lgs 196/2003)
I dati forniti dall' utente verranno trattati dall' amministrazione, (in forma digitale e cartacea) nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della legge n.675/96 e successive modificazioni.
All' utente competono i diritti previsti dall' art.13 della legge n.675/96,(art.7 del D.Lgs n196/2003) in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l' integrazione e ricorrendo i presupposti previsti in materia la cancellazione ed il blocco degli stessi.

MODELLO: da presentare quanto il soggiorno all' estero supera i 30 gg per la sospensione del medico.