|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 Lanciano - Vasto – Chieti*  (L.R. n.5/2008) Cod. Fisc. E P.I: 2307130696  ***DISTRETTO DI LANCIANO***  Via Don Minzoni 66034 LANCIANO  **e.mail: sceltaerevoca.lanciano@asl2abruzzo.it** |  |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Cittadinanza** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

La **scelta** del **Medico di Medicina Generale** Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

La **scelta** del Pediatra di Libera Scelta Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

La **revoca** del medico Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per: domicilio temporaneo altra ASL/Regione; nuova scelta;

l’**attivazione** della **C**arta **N**azionale die **S**ervizi (**CNS**) sulla **T**essera **S**anitaria (**TS**), indirizzo e-mail

per invio credenziali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

II **duplicato** della **T**essera **S**anitaria (**TS**) per: Furto/smarrimento -- deterioramento;

Il **prolungamento dell’assistenza pediatrica** fino a 16 anni (si allega accettazione da parte del Pediatra).

Si allegano:

1) Fotocopia documento d’identità;

2) Fotocopia della Tessera Sanitaria;

3) Fotocopia del permeso o carta di soggiorno;

4) Autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto, preso atto dell’informativa di cui all’art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella sudetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Rimane fermo che tale concenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell’interessato.

Lanciano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data) (firma del richiedente)