

	M. A. A. T. 001	Data di emissione: 29/08/2018 Vers. 1 Approvato ed emesso in originale
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SCELTA DEL MEDICO PER DOMICILIAZIONE TEMPORANEA PER LAVORO/STUDIO		

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 D.P.R. n.445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,
residente nel comune di _____, CAP _____, in via _____
_____ Codice Fiscale. _____ Tel. fisso _____
_____ tel. cellulare _____ e mail _____
appartenente all'ASL _____ dichiara di essere domiciliato presso il comune di _____
in via _____ e richiede di scegliere temporaneamente il
Medico _____ per mesi _____ appartenente all'ambito territoriale di
domicilio, in quanto sussiste uno dei seguenti due requisiti (indicare quale):

Motivi di lavoro

- allega certificato rilasciato dal datore di lavoro _____
- autocertifica di lavorare nel comune di _____

Motivi di studio

- allega certificato rilasciato dall'istituto scolastico _____
- autocertifica di seguire corsi di studio nel comune di _____

Dichiara inoltre lo stesso domicilio per:

- il coniuge _____ per cui chiede lo stesso medico.
- i figli minorenni _____ per cui chiede il Dott. _____

Chiede di conoscere l'esito della valutazione e ricevere in formato elettronico il tesserino e gli orari di ambulatorio.

Nel solo caso di residenti fuori Regione esibisce o dichiara la revoca del medico precedente.

Letto, confermato e sottoscritto _____ Il/la dichiarante _____

Luogo e data: _____


MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI IN AMBITO SANITARIO (Regolamento UE 679/2016)

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili in ambito sanitario affissa nei locali CUP, in qualità di:

- diretto interessato/a
- esercente la potestà di genitore, in caso di minore,
- legale rappresentante, in caso di interdetto,

manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili in ambito sanitario, per la prestazione di cui ha fatto richiesta,

Luogo e data _____ Firma dichiarante _____

 <p>A.S.L. T03 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo</p>	<p>M. A. A. T. 001</p> <p>RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SCELTA DEL MEDICO PER DOMICILIAZIONE TEMPORANEA PER LAVORO/STUDIO</p>	<p>Data di emissione: 29/08/2018 Vers. 1 Approvato ed emesso in originale</p>
---	---	---

Dichiarazioni sottoscritte in presenza del dipendente addetto

Luogo e data _____ Firma dell'operatore _____
Timbro ASL