

RICHIESTA FORMULARIO S2

**richiesta di autorizzazione al trasferimento per cure all'estero
in forma diretta/indiretta**

Data di emissione:
01/07/2024
rev. 0
Approvato ed emesso in
originale

Il/La sottoscritto/a [] C.F. [], nato/a il []
a [] prov. [] e residente a [],
in via [] n. [] tel. [] mail []

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE PER

SE STESSO FAMILIARE [] NATO A [] IL []

C.F. []

a recarsi all'Estero per ricevere cure presso la Struttura Sanitaria [] di

[] Stato Estero [] in data []

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- RELAZIONE MEDICA REDATTA DAL PROF/DOTT []
- CARTELLA CLINICA RELATIVA ALL'ULTIMO RICOVERO/VISITA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA PREGRESSA
- COPIA DELLA PRENOTAZIONE EFFETTUATA PRESSO LA STRUTTURA ESTERA CON DECORRENZA DAL []

Il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire a modificare la presente dichiarazione

data []

firma []

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



Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<https://www.aslto3.piemonte.it/wp-content/uploads/2022/08/ALLEGATO2.pdf>

data []

firma []