

Domanda n°.....

**All'ATS della provincia di Pavia
SS Vigilanza Sanitaria
V.le Indipendenza 3
27100 PAVIA**

**DOMANDA PER OTTENERE PRESTAZIONI SANITARIE E CURE PRESSO CENTRI DI
ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO IN FORMA DIRETTA O INDIRECTA**

Il sottoscritto.....
nato a in data
residente a.....in via.....
codice sanitario regionale.....codice fiscale.....
cittadinanza..... telefono.....

chiede

di ottenere prestazioni sanitarie e cure presso il Centro estero (denominazione e indirizzo)

.....
.....

per il seguente periodo.....

così come indicato nell'allegata proposta motivata di medico specialista di branca.

Allega altresì la seguente ulteriore documentazione sanitaria:

.....
.....

Si chiede altresì:

- L'autorizzazione al trasporto a mezzo.....
 - L'autorizzazione all'utilizzo dell'accompagnatore in quanto.....
-

Firma del richiedente

Data.....

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ex art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196)
In attuazione della Legge sul Trattamento dei dati personali, Vi informiamo che:

- I dati raccolti sono necessari per l'esercizio dello svolgimento della prestazione richiesta;
- Il conferimento dei dati richiesti è spontaneo e facoltativo.
- L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art 8;
- Il Titolare del trattamento è l'A.S.L. di Pavia, con sede in Viale Indipendenza n.3 Pavia,
- L'elenco aggiornato dei Responsabili del Trattamento è pubblicato sul sito www.asl.pavia.it nella pagina dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.