



Consegnata il:
Ufficio di:
Nome Operatore:

AL COMITATO AZIENDALE
 Agenzia Tutela della Salute di Pavia
 V.le Indipendenza 3
 27100 PAVIA

Oggetto: *Domanda di assegnazione del medico in deroga:*

- all'ambito distrettuale*
 al massimale

Il sottoscritto: _____ nato a: _____

il: _____ in possesso della C.R.S. n.: _____

residente nel comune di: _____ C.A.P. _____

Via: _____ n. _____ Tel.: _____

domiciliato nel comune di: _____ C.A.P. _____

Via: _____ n. _____ Tel.: _____

Indirizzo di posta elettronica a cui inviare tutte le comunicazioni relative alla richiesta (facoltativo): _____

- per se stesso
CHIEDE per se stesso ed i familiari di seguito elencati
 per i familiari di seguito elencati

cognome	nome	data di nascita	rapporto di parentela

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dott.: _____

che svolge la propria attività nel comune di: _____

Si allega documentazione relativa alle motivazioni della richiesta.

Data _____ Firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO COMPETENTE

Si esprime parere: **FAVOREVOLE** **FAVOREVOLE PER MESI** _____ **SFAVOREVOLE**

Firma: _____

Data revisione modello **marzo 2016**

Articolo 76 D.P.R. 445/2000: "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

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.T.S. di Pavia, con sede in Viale Indipendenza n.3 Pavia,

L'elenco aggiornato dei Responsabili del Trattamento è pubblicato sul sito www.asst-pavia.it nella pagina dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.