



ASST della provincia di Pavia Dipartimento Cure Primarie V.le Indipendenza 3 27100 PAVIA

Domanda n°.....

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:

In caso di assistenza indiretta 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.T.S. di Pavia, con sede in Viale Indipendenza n.3 Pavia,
L'elenco aggiornato dei Responsabili del Trattamento è pubblicato sul sito www.ats.pavia.it nella pagina dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico