



AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 Lanciano - Vasto – Chieti

(L.R. n.5/2008) Cod. Fisc. E P.I.: 2307130696

NUCLEO OPERATIVO DISTRETTUALE DI LANCIANO

Direttore: Dr.ssa Manola ROSATO

Via Don Minzoni 66034 LANCIANO

Tel. 0872/706941

e.mail: distretto.lanciano@asl2abruzzo.it

Uff. Scelta e Revoca: seltaerevoca.lanciano@asl2abruzzo.it



Distretto Sanitario di _____

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

Nat ___ a _____ il _____ cittadinanza _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

Telefono _____

CHIEDE

Per se stesso -- per i seguenti familiari o soggetti anagraficamente conviventi

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Rapporto di parentela	Cittadinanza

La **scelta** del **Medico di Medicina Generale** Dott. _____ ;

La **scelta** del **Pediatra di Libera Scelta** Dott. _____ ;

La **revoca** del medico Dott. _____ dal _____

per: domicilio temporaneo altro Comune: _____ Prov: _____;

l'**attivazione** della **Carta Nazionale dei Servizi (CNS)** sulla **Tessera Sanitaria (TS)**, indirizzo e-mail

per invio credenziali _____;

Il **duplicato** della **Tessera Sanitaria (TS)** per: Furto/smarrimento -- deterioramento;

Il **prolungamento dell'assistenza pediatrica** fino a 16 anni (si allega accettazione da parte del Pediatra).

Si allegano:

- 1) Fotocopia documento d'identità;
- 2) Fotocopia della Tessera Sanitaria;
- 3) Fotocopia del permesso di soggiorno;
- 4) Autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.
Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Lanciano, _____
(data)

(firma del richiedente)