

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA U.S.L. N. 5 DI ORISTANO

Ufficio Assistenza Protesica e integrativa
Distretto di

IL SOTTOSCRITTO: □ titolare □ coniuge □ genitore □ parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado □ tutore

NOME _____ COGNOME _____

DICHIARA

di essere nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ via _____ n° _____

tel. _____

CHIEDE Per se.

Ovvero per _____ nato a _____ il _____

e residente in _____ via _____ n° _____ C.F. _____

di poter usufruire, presso il proprio domicilio,

luogo _____ via _____ tel _____

della fornitura materiale per stomie dalla

Ditta _____

Luogo e Data _____

Firma dell'assistito _____

.....
Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss. del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'Azienda

USL, titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Firma dell'assistito _____

(o di chi ne fa le veci)