ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Oristano

Distretto Sanitario di Ghilarza – Bosa

Ufficio Scelta e Revoca
Rif.pratica A.Piras
Tel. 0785 – 560337
Email: a.piras.7@atssardegna .it

Al Direttore Generale
Asl 05 Oristano

Oggetto: Scelta del Medico

indirizzo email _____

Tel. N° _____

Medico Scelto _____

Medico Revocato _____

Comune di residenza _____ **Via** _____

Comune di domicilio_____ **Via** _____

COGNOME E NOME	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Codice Fiscale

Di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data _____

firma

_____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Distretto Sanitario Ghilarza - Bosa

Domanda d'iscrizione nell'elenco degli assistiti non residenti

☐ *prima iscrizione* ☐ *rinnovo*

Il/la sottoscritt___ _____ nato a _____ il ___

_____ Residente a _____ in Via _____

_____ C. F. _____ telefono

_____

DICHIARA

Che resterà *domiciliato* presso il Comune di _____ in via

_____ per un periodo, non inferiore a 3 mesi e non superiore ad un anno, e precisamente dal _____ al

_____ per il seguente motivo (barrare l'ipotesi che interessa):

- ☐ Motivo di lavoro (allegare certificato del datore di lavoro o autocertificazione);
- ☐ Motivi di studio (allegare certificato di frequenza, rilasciato dalla scuola o autocertificazione con dichiarazione della durata del corso);
- ☐ Motivi di salute (allegare certificazione medica che attesti la patologia ed il motivo per cui si consiglia di soggiornare in una determinata località);
- ☐ Ospitalità presso un proprio familiare (allegare autocertificazione in cui è indicato il grado di parentela);
- ☐ Minore in affido (allegare autocertificazione).

Chiede pertanto *l'iscrizione temporanea* nell'apposito elenco degli assistiti non residenti della A.S.L. n. 5 di Oristano per sé e per i propri familiari di seguito elencati:

Cognome e nome	Data di nascita	Grado parent.	Codice fiscale

Data_____ Firma _____

NOTA BENE: Allegare codice fiscale e tessera sanitaria.

(*Dichiarazione sostitutiva atto notorio art. 47 D.P.R. n.445 del 28/12/2000*)

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____

a _____ residente in _____

Via _____ n° _____ tel _____

DICHIARO /A

ai sensi dell' articolo 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, e successive modifiche, consapevole della responsabilità penale per false dichiarazioni, forma di atti falsi o uso degli stessi ai sensi dell' articolo 76 dello stesso decreto)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

data_____

Firma

_____

ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI SALUTE PER FINI DI CURA

io sottoscritto/a (nome e cognome), _____,
nato/a _____, il ___ . ___ . ___,

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐,

residente a (comune, provincia, stato) _____,
in via (indirizzo)
_____,

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

☐ legale rappresentante (genitore, tutore) ☐ amministratore di sostegno
di (nome e cognome) _____:
nato/a a _____, il ___ . ___ . ___,

codice fiscale ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐,

residente a (comune, provincia) _____,
in via (indirizzo)
_____,

consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, preso atto della informativa sul trattamento dei miei dati personali

autorizzo il trattamento dei miei dati di salute per fini di cura

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall'Azienda Tutela della Salute e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

_____
luogo e data

_____
firma (estesa e leggibile)