

MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO O RINNOVO DEL TICKET PER PATOLOGIA

| | | | | | |
|---|--|-------|--|----|--|
| Il/la sottoscritto/a | | | | | |
| nato a | | prov. | | il | |
| residente in | | via | | n. | |
| telefono | | | | | |
| iscritto negli elenchi degli assistiti della AUSL | | | | | |
| (mettere eventuali iscrizioni negli elenchi di altre regioni) | | | | | |
| <i>In caso di delega si allega copia del documento di riconoscimento</i> | | | | | |

DICHIARA

che quanto attestato nel presente documento corrisponde al vero; di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci e l'uso di atti falsi sono puniti secondo quanto previsto dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

CHIEDE

| | | |
|-------------|--|---|
| IL RILASCIO | | DEL TICKET PER PATOLOGIA (D.M. 329/99 E 279/01) |
| IL RINNOVO | | |

| | | | | | |
|---|--|---------------|--|----|--|
| Il sottoscritto delega al ritiro del TICKET e dell'elenco delle prestazioni | | | | | |
| il/la Sign. | | nato/a a | | | |
| data nascita | | residente in | | | |
| via/piazza | | | | n° | |
| documento di riconoscimento n° | | rilasciato il | | | |
| da (Comune, Prefettura, ecc.) | | | | | |

AUTORIZZA

al trattamento dei dati personali e sanitari ed al loro utilizzo ai sensi della legge 675/96 per le sole finalità amministrative e cliniche connesse all'esercizio del diritto di esenzione.

| | | | |
|------|--|-----------------------|--|
| data | | firma del richiedente | |
|------|--|-----------------------|--|

SPAZIO RISERVATO ALLA AUSL

| | | |
|------------------|--|-----------------------|
| CODICI ICD -9-CM | | |
| | | |
| data | | Il medico funzionario |