

RICHIESTA PER IL RILASCIO O RINNOVO DELL'ESENZIONE TICKET PER PATOLOGIA

Il/la sottoscritto/a							
nato/a a		prov.		il			
residente in		via				n.	
telefono							
iscritto/a negli elenchi degli assistiti della ASL							
(indicare 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	DELL'ESENZIONE <i>TICKET</i> PER PATOLOGIA (D.M. 329/99 E 279/01)
IL RINNOVO	

Il sottoscritto delega al ritiro del documento di esenzione ticket

il/la Sign.				nato/a a			
data nascita		residente in					
via/piazza						n°	
documento di riconoscimento n°				rilasciato il			
da (Comune, Prefettura, ecc.)							

AUTORIZZA

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679, di dare il proprio consenso al trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istruttoria, nonché per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali.

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

SPAZIO RISERVATO ALLA ASL

CODICI ICD -9-CM		
data		Il medico funzionario