Spett.le ASL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti
U.O.C. Area Distrettuale n. 1

Distretto Sanitario di _____

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

nat__ a _____ il _____ Cittadinanza _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Telefono _____

C H I E D E

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

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Rapporto di parentela

- ❑ 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 altra ASL/Regione - ☐ nuova scelta
- ❑ l'**attivazione** della Carta Nazionale dei Servizi (CNS) sulla Tessera Sanitaria (TS)

  Indirizzo e-mail per invio credenziali: _____
- ❑ il **duplicato** della Tessera Sanitaria (TS)
- ❑ il **prolungamento dell'assistenza pediatrica** fino a 16 anni (si allega accettazione da parte del Pediatra)

Si allegano:

1) Fotocopia documento di identità
2) Fotocopia della Tessera Sanitaria
3) Autocertificazione ai sensi del DPR 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.

Data: _____ _____
(firma del richiedente)