ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
Ufficio Scelta e Revoca
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023

e-mail: assistenzaprimaria.francavilla@asl2abruzzo.it

Prot. n°_____

RICHIESTA DI ESENZIONE TICKET PER *MALATTIA RARA*

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ residente a _____

Via _____ n_____ tel _____

Codice Fiscale _____

Documento di riconoscimento n° _____

CHIEDE

☐ per se medesimo

☐ in favore di _____

nato a _____ Il _____ residente a _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

☐ il rilascio del tesserino di esenzione ☐ il duplicato del tesserino di esenzione

A tal fine allega la seguente documentazione:

☐ Certificazione specialistica Centro Regionale Malattia Rara _____

DICHIARA.

- che, qualora dovessero venire meno le condizioni per le quali è stato rilasciato, il tesserino di esenzione verrà **immediatamente restituito** a questa A.S.L.
- che, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma1, della suddetta normativa, **la residenza è quella sopra indicata.**

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, **acconsente**, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, **al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali** ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa 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_____

PARERE DEL MEDICO DEL SERVIZIO

CODICE ESENZIONE_____ SCADENZA_____

CODICE ESENZIONE_____ SCADENZA_____

Data_____ FIRMA DEL MEDICO_____