



**ASL 02 LANCIANO - VASTO - CHIETI**

**AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.**

**Direttore: Dott.ssa Rosa Borgia**

**DISTRETTO SANITARIO DI CHIETI**

**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE - CHIETI**

Servizio Assistenza Socio-Sanitaria, Assistenza Integrativa,  
Recupero Crediti e Attività Sanitaria

Dirigente Medico Incaricato: **Dott.ssa Gabriella Miscia**

Via Tiro a Segno 8 - 66100 Chieti

tel. 0871/357876 = fax 0871/357878

e-mail: pua.chieti@asl2abruzzo.it

**ISTANZA ESENZIONE TICKET:**  MALATTIA RARA  MALATTIA CRONICA

**CODICE MALATTIA** \_\_\_\_\_

Al Servizio  
Assistenza Socio Sanitaria, Assistenza  
Integrativa, Recupero Crediti  
ed Attività Sanitaria  
Via Tiro a Segno, 8  
66100 Chieti

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat o/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

Per se stesso

In favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

il rilascio tesserino di esenzione per malattia \_\_\_\_\_

il duplicato tesserino di esenzione per malattia \_\_\_\_\_

#### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e saranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dal segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Il/La sottoscritto/a, 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 e alla comunicazione dei suoi dati personali e sensibili ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_