ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE – VAL DI FORO
Punto Unico di Accesso(PUA)
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023

e-mail: pua.francavilla@asl2abruzzo.it

Prot_____

OGGETTO: richiesta erogazione benefici ai sensi **dell'art.2 comma 1, a) b) c) (Trapianti) del Regolamento Regionale n° 2 del 09/11/2000** e successive modifiche e integrazioni.

Il/La sottoscritt_____nato/a_____

Il_____residente a_____via_____

Tel_____affetto da _____

In cura presso il Centro Ospedaliero di _____
Avendo effettuato :

- Tipizzazione tissutale presso:
  1. _____KM A/R
  2. _____KM A/R
  3. _____KM A/R
- Trapianto di _____in data_____
  Presso_____KM A/R_____

CHIEDE

PRIMA RICHIESTA L'erogazione dei benefici in oggetto e allega :

- ☐ Certificato attestante l'iscrizione in lista di attesa presso un Centro Trapianti del territorio nazionale
- ☐ Attestazione delle avvenute tipizzazioni
- ☐ Ricevute spese viaggi (se effettuati con mezzi pubblici)

INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE di richiesta effettuata il_____

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

➢ **Per tipizzazioni tissutali**

1. certificazione attestante l'iscrizione in lista d'attesa presso un Centro Trapianti del territorio nazionale
2. attestazioni delle avvenute tipizzazioni
3. ricevute spese viaggi (se effettuate con i mezzi pubblici)

➢ **Per trapianti**

1. certificazione avvenuto trapianto
2. attestazione di controlli periodici post trapianto
3. ricevute spese viaggi per i casi 1. 2. (se effettuati con mezzi pubblici)

DATA_____ FIRMA_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(art. 7 Reg. UE 679/2016)

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____; residente a _____ in via

_____ C.F._____

In qualità di diretto interessato

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 679/2016) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

Il trattamento di tali dati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi, contabili e fiscali;
SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)

Nel caso di prestazioni che richiedano una pluralità di accessi presso le strutture sanitarie della ASL di Lanciano Vasto Chieti, a considerare valida la sottoscritta manifestazione di consenso, per ogni ulteriore accesso, sino ad eventuale revoca, rettifica da parte del firmatario o scadenza dei tempi di conservazione del consenso prestato;

SI (.....) NO (....) REVOCA (.....) (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato: _____