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 dalla **L.R. 21 aprile 1998, n°29** e successive modifiche e integrazioni.

☐ rimborso spese viaggi

Il/La sottoscritt_____nato/a_____

Il_____residente a_____via_____

Tel_____in trattamento _____/dialitico/_____

dal _____presso_____

come risulta dall'allegata dichiarazione del Centro Dialisi

CHIEDE

- **(PRIMA RICHIESTA)** L'erogazione dei benefici in oggetto e allega la seguente documentazione:
  - ☐ Certificato Medico rilasciato dal Centro Dialisi di Riferimento_____
  - ☐ Copia documento di riconoscimento, Copia Tessera Sanitaria
- **INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE di richiesta effettuata il**_____
  - ☐ _____
  - ☐ _____
  - ☐ _____

_____

A tal fine dichiara (art.47 DPR 28/12/2000 n° 445)

di essere residente a _____

_____

Dichiara altresì di percorrere Km_____A.R. dalla propria residenza al Centro Dialisi.
(da dichiarare in caso il Centro Dialisi sia ubicato in Comune diverso da quello di residenza)

_____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni sia per quanto riguarda la propria posizione anagrafica che reddituale.

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: _____