REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n°2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
C.F. e P. IVA 02307130696
UOSD -NUCLEO OPERATIVO DISTRETTUALE – GUARDIAGRELE
Dirigente Responsabile Dott.ssa Lucilla Gagliardi
Tel. 0871/899209; int.65209 – Fax 0871/899229;int 65229;
Segreteria Tel.0871/899240; Int.65240-0871/899210; Int.65210
e-mail: distretto.guardiagrele@asl2abruzzo.it

RICHIESTA ESENZIONE TICKET PER MALATTIA RARA **CODICE MALATTIA** _____

Il/La sottoscritt___ _____

nat ____ a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) Via _____ , __

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento n. _____

rilasciato da _____

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ In favore di _____

nat ____ a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) Via _____ , __

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento n. _____

rilasciato da _____

☐ il rilascio **☐ il duplicato** **del tesserino di esenzione per malattia rara**

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

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 sottoscritt ___ , 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 _____