



AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO - VASTO - CHIETI
N. O. D. SANGRO AVENTINO

Sede distrettuale di _____

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

Nat ___ a _____ il _____ Cittadinanza _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

Telefono _____ Email _____

CHIEDE

Per sè stesso - Per ricongiungimento nucleo familiare - Per familiari o soggetti anagraficamente conviventi

Cognome e Nome	Data nascita	Codice Fiscale	Grado parentela	Cittadinanza

La scelta del **Medico di Med. Gen. / Pediatra Libera Scelta** Dott. _____ ;

O in alternativa **Medico di Med. Gen. / Pediatra Libera Scelta** Dott. _____ ;

La **revoca** del **Medico di Med. Gen. / Pediatra Libera Scelta** Dott. _____

per: _____ ;

l'**attivazione** della **Carta Nazionale dei Servizi (CNS)** sulla **Tessera Sanitaria (TS)**,
indirizzo e-mail per invio credenziali _____ ;

Il **duplicato** della **Tessera Sanitaria (TS)** per: Furto/smarrimento -- deterioramento;

Il **prolungamento dell'assistenza pediatrica** fino a 16 anni (si allega accettazione da parte del Pediatra).

Si allegano:

Copia fronte-retro documento d'identità;

Copia fronte-retro della Tessera Sanitaria

Copia permesso di soggiorno;

Altro _____

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), acconsente al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. 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.

(luogo e data)

(firma del richiedente)

Inviare la presente richiesta via mail (non da PEC) , debitamente compilata, **in unico file in formato PDF** ad **UNO SOLO** dei seguenti indirizzi e-mail:

Sede Atessa: sceltaerevoca.atessa@asl2abruzzo.it **0872-864205**
Sede Casoli: sceltaerevoca.casoli@asl2abruzzo.it **0872-989302**
Sede Lama dei Peligni: sceltaerevoca.lamadeipeligni@asl2abruzzo.it **0872-91438**
Sede Torricella Peligna: sceltaerevoca.torricella@asl2abruzzo.it **0872-969382**
Sede Villa Santa Maria: sceltaerevoca.villasantamaria@asl2abruzzo.it **0872-944308**



AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO - VASTO – CHIETI
N. O. D. SANGRO AVENTINO

RICHIESTA ESENZIONE TICKET

Il/La sottoscritt _____

Nat _____ a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

Cod. Fiscale _____ tel. _____

Email _____

CHIEDE IL RILASCIO DELL'ESENZIONE TICKET PER

INVALIDITA' MALATTIA CRONICA MALATTIA RARA

CODICE MALATTIA _____

Si allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- copia della certificazione sanitaria e/o del verbale d'invalidità;
- copia documento d'identità e tessera sanitaria.

Luogo e data

Firma

Inviare la presente richiesta via mail (non da PEC) , debitamente compilata, **in unico file in formato PDF** ad **UNO SOLO** dei seguenti indirizzi:

Sede Atessa:	sceltaevoca.atesa@asl2abruzzo.it	0872-864205
Sede Casoli:	sceltaevoca.casoli@asl2abruzzo.it	0872-989302
Sede Lama dei Peligni:	sceltaevoca.lamadeipeligni@asl2abruzzo.it	0872-91438
Sede Torricella Peligna:	sceltaevoca.torricella@asl2abruzzo.it	0872-969382
Sede Villa Santa Maria:	sceltaevoca.villasantamaria@asl2abruzzo.it	0872-944308