



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1

Direttore Dott. Renato Lisio
areadistrettuale1@asl2abruzzo.it

Uffici Scelta e Revoca
assistenza primaria.area1@asl2abruzzo.it

Spett.le

ASL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Distretto Sanitario di _____

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

nato/a a _____ () il _____ Cittadinanza _____

residente a _____ () in via _____ n. _____

Telefono _____ E-mail _____

CHIEDE

per se stesso - per i seguenti familiari o soggetti anagraficamente conviventi

| Cognome e Nome | Data di nascita | Codice Fiscale | Rapporto di parentela |
|----------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

la scelta del Medico di Medicina Generale Dott. _____, se indisponibile Dott.

la scelta del Pediatra di Libera Scelta Dott. _____, se indisponibile Dott.

a seguito di domicilio fuori regione, la revoca temporanea del Medico di Medicina Generale/ Pediatra
Dott. _____ dal _____

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 sottoscritta dal Pediatra)

Il sottoscritto, 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 ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che 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.

Si allegano:

- Fotocopia fronte-retro documento di identità del dichiarante e dei soggetti interessati alle operazioni indicate (per i minori è richiesto il documento di identità di entrambi i genitori)
- Tessera sanitaria dei soggetti interessati alle operazioni indicate

Luogo e data

(firma del richiedente)