

MODULO PER AUTOCERTIFICAZIONE

Gentile Signore/a

AL FINE DI EVITARE LA FILA ALLO SPORTELLLO LA INVITIAMO A COMPILARE IN OGNI SUA PARTE QUESTA SCHEDE (IN STAMPATELLO) Da consegnare all'infermiere insieme alla prescrizione medica

VALIDO SOLO PER LE ESENZIONI 048 - C01- C02 - E01

ATTESTATE DAL MEDICO SULL'IMPEGNATIVA

COGNOME NOME

LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA/...../.....

CITTADINANZA CITTA' DI RESIDENZA

CODICE FISCALE

CODICE STP

(per residenti all'estero)

VIA/PIAZZA N.

ASL DI APPARTENENZA DISTRETTO

TELEF. FISSO CELLULARE

E-MAIL.....

PAGAMENTO: Chi ha effettuato il pagamento attraverso PagoPA indichi il codice di pagamento_____

DATA

Si informa che i suoi dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità previste dal Regolamento UE sulla Protezione dei Dati (GDPR) 2016/679 e Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. 101/2018 e 2018 e dal documento n.9091942 del 7 marzo 2019 dell'Autorità del Garante della Privacy sull'applicazione della disciplina di protezione dei dati in ambito sanitario.

FIRMA PAZIENTE

.....

AMBULATORIO DI