

Autocertificazione per iscrizione temporanea nella ASST _____

Il sottoscritto _____

Nato a _____ provincia di _____ il _____

Residente nel comune di _____ provincia di _____

In via _____ C.F. _____

proveniente da _____ di _____
(specificare quale ASL /USL/ATS ecc)**CHIEDE**

L'iscrizione negli elenchi degli assistiti di Codesta ASST, per un periodo di ____ mesi con il Medico

Dott. _____ (minimo tre mesi e massimo annuale)

DICHIARA*

Di essere domiciliato nel Comune di _____

in via _____ telefono _____

 per motivi di lavoro _____
(indicare estremi identificativi del datore di lavoro)familiari a carico _____
_____ per motivi di studio _____
(indicare estremi della scuola /corso universitario) per motivi di salute _____
(indicare il codice dell'esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e
succ. integr. D.M. 279/01 e/o codice dell'esenzione per invalidità) età >75 inserito in Comunità protetta presso _____ minore in affidamento /in attesa di adozione

Data _____ Firma _____

ALLEGARE CANCELLAZIONE DEL MEDICO/PEDIATRA DEL LUOGO DI RESIDENZA

* Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e le falsità negli atti, sono puniti dal Codice Penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

*La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso in cui il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario; l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare le informative esposte nei locali.***Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-376401; Fax 0371-376438; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-lodi.it;**Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 10 – 26900 Lodi; tel. 0371376419; mail dpo@asst-lodi.it.

Firma per presa visione



