

Cancellazione dalle liste degli assistiti: **richiesta**

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

CHIEDO

- la cancellazione dalle liste degli assistiti dell'Azienda USL di Modena, per ottenere l'assistenza di un medico di medicina generale/pediatra presso un'altra Azienda sanitaria fuori regione Emilia-Romagna in qualità di domiciliato

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

per me

in qualità di (compilare solo se si chiede la cancellazione per un minore)

genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

tutore/affidatario

del minore

(nome e cognome)

maschio femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov.

Via | n.

del minore

(nome e cognome)

maschio femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov.

Via | n.

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

- ricevere il documento che attesta la cancellazione dalle liste degli assistiti per posta elettronica, all'indirizzo (specificare) _____ consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio
- ricevere il documento che attesta la cancellazione dalle liste degli assistiti per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato) _____

Via _____

Comune _____

CAP _____

Prov. _____

ALLEGO

- una copia di un documento di identità in corso di validità

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (per esteso e leggibile) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy.

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su www.ausl.mo.it/informative-privacy. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a dpo@ausl.mo.it

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come chiedere la cancellazione dalle liste degli assistiti

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it, trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Se la richiesta è presentata presso una farmacia, la farmacia provvede a inviarla all'Azienda USL tramite fax o posta elettronica (a un indirizzo non PEC).