

RELAZIONE MEDICA PER ISCRIZIONE CITTADINI NON RESIDENTI

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Medico di Medicina Generale

Pediatra di Libera Scelta

in qualità di Medico del Servizio Sanitario Nazionale

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

che il/la Sig./Sig.ra _____

per i seguenti comprovati motivi sanitari _____

Necessita di prestare assistenza al familiare residente in _____

Necessita di essere assistito in modo continuativo da un familiare residente in _____

È seguito presso la seguente struttura _____

e quindi necessita di dimorare nel comune di _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

data _____

firma del MMG/PLS _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti non residenti che intendono richiedere l'assegnazione di un MMG/PLS in deroga e può essere allegato alla domanda redatta sul modulo MOD_{DAD}106 in caso di richiesta di iscrizione negli elenchi della ASL di cittadini non residenti per motivi di salute oppure alla domanda di assegnazione MMG/PLS in deroga redatta sul MOD_{DAD}118.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dal MMG/PLS

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo, allegato alla relativa domanda redatta su MOD_{DAD}106, può essere:

- a. consegnato di persona allo Sportello centrale o periferico multifunzionale dell'ASL CN1
- b. spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it , indicando il Distretto di residenza

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

TEMPO DI RISPOSTA:

- ▲ Immediato allo sportello se in possesso dei requisiti richiesti

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/iscriversi-al-sistema-sanitario-nazionale
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------