

ISTANZA PER RICONOSCIMENTO GRAVE PATOLOGIA

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____
documento di riconoscimento _____ n. _____ rilasciato il ___ / ___ / ___
da _____ .

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita medico legale per il riconoscimento di grave patologia che richiede terapia temporaneamente e/o parzialmente invalidante ovvero terapia salvavita o altre ad esse assimilabili.

Data _____

Firma (per esteso) _____

Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Dichiara in ultimo di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di essere informato/a che il conferimento dei dati personali è obbligatorio in base alla legge, regolamento, normativa nazionale o comunitaria che disciplina la prestazione e gli adempimenti connessi ed è indispensabile per l'istruzione, la gestione e la definizione della pratica o del procedimento da lei richiesto. Potrà reperire ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

Data _____

Firma (per esteso) _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO:

L'istanza è necessaria per la prenotazione della visita presso la S.C. Medicina Legale.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il/la diretto/a interessato/a.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

- *Il presente modulo compilato*
- *Documento di Identità in corso di validità*
- *Documentazione sanitaria relativa alle patologie*
- *Certificati di malattia pregressi riportanti la patologia*
- *Giudizio del Medico Competente*
- *Elenco aggiornato dei giorni di assenza/mutua/ricovero rilasciato dall'Ufficio Personale*
- *Versamento di € 38,00 per i diritti sanitari della visita medica, esclusivamente pagabile con carta di credito e/o Bancomat*

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

La richiesta dovrà essere compilata e spedita per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it

Sedi di S.C. Medicina Legale territorialmente competenti:

- Sede Centrale di **CUNEO** – C.so Francia 10 – tel. 0171/450.471
- Sede periferica di **SAVIGLIANO** – Via Torino 137 – tel. 0172/240.608
- Sede periferica di **MONDOVI'** – Via Torino 2 – tel. 0174/676.385

Avvertenze

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

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

A visita effettuata il certificato può essere:

- *ritirato di persona dal richiedente*
- *spedito per posta ordinaria oppure per posta PEC all'interessato*