



DELEGA PER AFFIDO DI FARMACO SOSTITUTIVO

Al Direttore/Responsabile Ser.T.

Sede di _____

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

e residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____
(indirizzo)

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,

essendo impossibilitato al ritiro di farmaci sostitutivi per i seguenti motivi: _____

CHIEDE

ai sensi del Decreto Ministero della Salute del 16.11.07, al Direttore/Responsabile di Codesto Ser.T.
che il trattamento farmacologico con agonisti venga affidato al/alla Sig./Sig.ra

(cognome) (nome)

nato/a a _____ il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)

e residente a _____ (_____)
(comune di residenza) (prov.)

in _____ n. _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Luogo e data _____

Il/La Dichiarante

Si ricorda che la presente delega deve essere accompagnata dal documento di identità del delegante (fotocopia o originale).

Il delegato deve essere munito di valido documento di identità.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve a individuare una persona delegata al ritiro di farmaci sostitutivi per la tossicodipendenza in caso di impossibilità del paziente a recarsi presso gli ambulatori Ser.T.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

I pazienti in terapia sostitutiva.

Il delegato, che deve essere munito di valido documento di identità, deve anche avere la fotocopia od originale del documento di identità del delegante.

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo deve essere consegnato dalla persona delegata al personale sanitario della sede Ser.T di riferimento.

RIFERIMENTI

Ser.T. Cuneo	Tel. 0171 450128	E-mail: sert.cuneo@aslc1.it
Ser.T. Mondovì-Ceva	Tel. 0174 676175	E-mail: sert.mondovi@aslc1.it
Ser.T. Savigliano	Tel. 0172 240612	E-mail: sert.savigliano@aslc1.it
Ser.T. Saluzzo	Tel. 0175 215270	E-mail: sert.savigliano@aslc1.it