

## 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 (da effettuarsi il giorno stesso della visita presso la S.C. Medicina Legale)*

### **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](mailto: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'** – Ospedale di Mondovì Via San Rocchetto 99, piano terra – 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*