



ASL Sulcis Iglesiente

Azienda socio-sanitaria locale n. 7

DISTRETTO CARBONIA

MODULO RICHIESTA/RINNOVO ASSISTENZA TEMPORANEA

IO SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N° _____

DOMICILIATO IN _____ VIA _____ N° _____

CHIEDO

AI SENSI DELLE VIGENTI DISPOSIZIONI IN MATERIA, DI ESSERE PROVVISORIAMENTE ISCRITTO PRESSO CODESTA ASSL

DAL _____ AL _____

PER MOTIVI DI SALUTE (ALLEGA CERTIFICATO MEDICO)

PER MOTIVI DI STUDIO _____

PER MOTIVI DI LAVORO _____

PER OSPITALITA' PRESSO IL FAMILIARE _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N° _____

DICHIARO DI ESSERE INFORMATO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/96 CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

LI _____

IL DICHIARANTE
