

DELEGA SPORTELLI DISTRETTUALI

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

documento di identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

in qualità di:

diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di: (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ grado di parentela (specificare) _____

residenza (se diversa) _____

DELEGA

il/la sig./ra _____

nato/a _____ il _____ ad effettuare:

- Iscrizione/cambio/rinnovo medico
- Duplicato tessera sanitaria
- Duplicato/rilascio esenzione ticket per patologia/reddito
- Ritiro autorizzazione fornitura protesica
- Ritiro ricette per 0 ausili per incontinenza, 0 sacche 0 cateteri per tutto l'anno _____, salvo revoca scritta da presentare al Distretto di competenza
- Variazione indirizzo:
 - indirizzo attuale _____
 - precedente indirizzo _____
- Ritiro dei propri referti riguardanti prestazioni sanitarie (specificare: _____) per tutto l'anno _____, salvo revoca scritta da presentare al Distretto di competenza.

Si ricorda che in base alla Legge del 24.12.1990 n. 407 "il mancato ritiro del referto entro 30 gg. dall'effettuazione della prestazione specialistica comporta l'addebito all'assistito dell'intero costo della prestazione fruita".

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 nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Data _____

Firma _____

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

Il delegato deve essere munito di valido documento d'identità.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

La delega serve ad autorizzare terzi al ritiro di atti e documenti, nonché alla presentazione di particolari richieste

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Interessato – Genitore esercente la patria potestà (nel caso di minori) – Tutore – Amministratore di Sostegno – Coniuge, figlio o altro parente fino al III° grado (solo in caso di impedimento sanitario e con presentazione di autocertificazione di impedimento redatta dal richiedente – art.4 DPR 445/2000)

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere consegnato dal delegato all'ufficio preposto

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

La prestazione richiesta con delega può essere ritirata di persona dal delegato con tempistiche variabili a seconda della prestazione stessa.

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/lassistenza-sanitaria-di-base/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale/
------------------	---