

Tel. 0785 560337

Email: a.piras.7@atssardegna.it

Al Direttore del Distretto

Esenzione n° _____

Telefono N° _____

Indirizzo Email _____

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ residente a _____ in via _____

CHIEDE

Il rilascio dell'attestazione comprovante il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, per sé o per il proprio familiare:

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ residente a _____ in via _____

in quanto risulta come da certificato allegato: (Copia Verbale di Invalidità – Certificato Specialistico)

INVALIDO CIVILE _____

INVALIDO DI GUERRA _____

INVALIDO DI SERVIZIO _____

INVALIDO DI LAVORO _____

CIECO CIVILE _____

ESENTE PER PATOLOGIA

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l' informativa di cui all' art. 13 del D.Lgs. 196/2003, sulle modalità del trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall' ATS e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento, e di autorizzare il trattamento dei miei dati di salute per fini di cura.

Ghilarza, li _____

Con Osservanza