Modulo B

Pisa, lì _____

DA COMPILARE IN STAMPATELLO A CURA DELL'UTENTE

Il sottoscritto
NOME E COGNOME ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
NATA/O a ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (PROV ☐☐)
IL ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
RESIDENTE A ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (PROV ☐☐)
VIA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ N: ☐☐☐☐☐

autorizza l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana a procedere alla richiesta di quanto dovuto per la regolarizzazione degli aspetti amministrativi (ticket, ticket aggiuntivo previsto dalle Delibere Regionali in attuazione del DL 98/2011ed eventuale contributo di digitalizzazione) legati alle prestazioni sanitarie da me ricevute in regime ambulatoriale a seguito della richiesta allegata.

Ogni Comunicazione dovrà pervenire al seguente indirizzo:

VIA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ N. ☐☐☐☐☐
CAP ☐☐☐☐☐ Comune ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Telefono ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Estremi documento di identità ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Firma leggibile_____

Timbro del reparto erogante

La presente dichiarazione deve essere allegata all'impegnativa

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13D.Lvo 196/03
Si informa ai sensi del D.L.vo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente allo svolgimento della procedura per la quale la dichiarazione viene resa.