



AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./DOTT.SSA

COGNOME _____ NOME _____
COD. REG.LE _____ MASSIMALE _____

DICHIARA

la propria disponibilità ad accettare tra i propri assistiti il soggetto indicato nella presente domanda e a effettuare, conseguentemente, visite domiciliari anche al di fuori del proprio ambito territoriale.

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ DATA NASCITA _____
COD. FISCALE _____ RESIDENTE A _____
INDIRIZZO _____ N. CIVICO _____ CAP _____ PROV. _____

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

I DATI PERSONALI SARANNO ARCHIVIATI E VERRANNO TRATTATI UTILIZZANDO MODALITÀ MANUALI, INFORMATICHE E TELEMATICHE, NEL RISPETTO E NEI LIMITI STABILITI DAL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION – GDPR) SECONDO L'INFORMATIVA CONSERVATA PRESSO SEDE DELL'AZIENDA ULSS N. 9 PUBBLICATA NEL SITO INTERNET, ACCESSIBILE AL SEGUENTE LINK: [HTTPS://WWW.AULSS9.VENETO.IT](https://www.aulss9.veneto.it).

☐ LETTO E ACCETTATO

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO