

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a..... in data
 codice fiscale codice assistito
 residente a Via n°.....
Recapito telefonico..... **E-mail**.....

CHIEDE

- per se stesso/a attualmente iscritto/a negli elenchi degli assistiti del Dott
- per se stesso/a e per i familiari di seguito elencati:
- solo per i familiari di seguito elencati:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE ASSISTITO	RAPPORTO DI PARENTELA	ATTUALMENTE ASSISTITO/A DA

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dott.
 codice regionale medico che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di per le seguenti ragioni:

1. ricongiungimento familiare con sig./sig.ra
 data di nascita
 specificare legame di parentela/affinità/convivenza
2. continuità di cura per patologia cronica documentata e/o invalidità civile;
3. prosecuzione del rapporto fiduciario (solo per medico che operi in ambito territoriale limitrofo);
4. vicinanza e migliore viabilità per accedere all'ambulatorio del medico richiesto;
5. altro

Allega:

- La documentazione comprovante la situazione dichiarata
- Accettazione del nuovo medico richiesto

**INFORMATIVA PRIVACY
AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE**

Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.9 Privacy*;
- il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Dott. Luigi Recupero**, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Via della conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009).

Data

Firma

Data di ricezione della domanda.....

domanda accolta

domanda respinta

Data

NOME, COGNOME, FIRMA Uff. Scelta / Revoca

.....

.....

Spazio riservato all'ASST

domanda accolta

domanda respinta

Data

NOME, COGNOME, FIRMA DEL RESPONSABILE ATS

.....

.....

Spazio riservato all'ATS ove opera il medico

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco