

OGGETTO: Richiesta Anagrafe Sanitaria Regionale (NAR)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a Calascibetta

in via/contrada _____ n. _____ codice fiscale _____

Tel. Ab. _____ Cell. _____

C H I E D E

- Assistenza sanitaria: iscrizione, variazione e cancellazione dell'assistito.
- Assistenza sanitaria: emissione del libretto sanitario.
- Assistenza sanitaria: scelta / cambio / revoca del medico di base.
- Assistenza sanitaria per domicilio temporaneo.
- Assistenza sanitaria: scelta / cambio / revoca del pediatra.
- Richiesta mantenimento dell'assistenza pediatrica oltre il 14° anno di età.

Informativa e accettazione Privacy

I dati personali forniti e rilevati nella presente Scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento di dati personali, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento dell'Avviso e per i fini istituzionali del Comune di Calascibetta. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento della domanda. Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Allega i seguenti documenti:

- Richiesta _____
- Fotocopia documento d'identità
- Fotocopia Tessera Sanitaria
- Delega
- Fotocopia permesso di soggiorno
- Altro _____

Calascibetta li, _____

Il/La richiedente

E' possibile contattare l'Ufficio Anagrafe Assistiti (NAR):

- Pec: protocollo@pec.comune.calascibetta.en.it
- Email: c.leonora@comune.calascibetta.en.it
- Recapito telefonico: 0935/569102
- FAX al numero 0935/33426