

**A) MODELLO RICHIESTA VISITA MEDICO COLLEGIALE PER GRAVE PATOLOGIA
CHE RICHIEDE TERAPIA SALVAVITA**

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale TA
Dipartimento di Prevenzione
COLLEGIO MEDICO LEGALE
Via Pupino n. 2 – 74123 TARANTO
PEC: dipartprevenzione.collegiomedicolegale.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it
Tel. 099/45585698 099/4585696

OGGETTO: Istanza per rilascio di certificato per “grave patologia che richiede terapia salvavita”.

Il/La sottoscritto/a nato/a a il e residente
in alla via nr., documento
d'identità nr. rilasciato da il codice fiscale nr
..... indirizzo di posta elettronica tel. nr
.....

C H I E D E

di essere sottoposto/a a visita medico collegiale ai fini del rilascio del “certificato per grave patologia che richiede terapia” e di ricevere la convocazione:

- ☐ Via mail al seguente indirizzo.....
- ☐ Tramite servizio postale al seguente indirizzo.....

Si allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento;
- Versamento di € 38,60 per diritti sanitari, come da vigente tariffario Regionale sul C/C n. **191742** intestato a: Azienda ASL TA – Servizio Igiene Pubblica ed Alimenti – Servizio Tesoreria (**Causale:** istanza “grave patologia”)

La documentazione sanitaria relativa alle patologie e relativo protocollo terapeutico rilasciata dallo specialista di struttura sanitaria pubblica o struttura sanitaria accreditata sarà esibita al momento della visita.

N.B. L'ISTANZA PUO' ESSERE PRESENTATA PERSONALMENTE O INOLTRATA VIA MAIL O SPEDITA TRAMITE SERVIZIO POSTALE AI RELATIVI INDIRIZZI INDICATI IN INTESTAZIONE.

Il richiedente dichiara di essere informato che i dati personali connessi all'accertamento della sussistenza della grave patologia sono trattati nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza, esclusivamente per le finalità istituzionali dell'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D1gs. n.196/2003 e s.m.i.

TARANTO,

IL RICHIEDENTE