

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATA A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

COD. FISC. \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_

DOC. RIC. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

RILASCIATO DAL \_\_\_\_\_

Appartenente ad una delle seguenti categorie:

- lavoratore subordinato
- lavoratore autonomo
- pensionato regime lavoro subordinato
- pensionato regime lavoro autonomo
- altro \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Il rilascio del Modello \_\_\_\_\_ dovendosi trasferire stabilmente in \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato che alla partenza gli verrà sospesa l'assistenza sanitaria da parte del M.M.G. (Medico di Medicina Generale) per cui sarà sua cura, in caso di rientro definitivo in Italia, richiedere il ripristino dell'assistenza.

DISTINTI SALUTI

SANT'AGNELLO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice Privacy) e della Deliberazione aziendale n. 52 del 17.1.2018 ad oggetto "presa d'atto del regolamento in materia di protezione dei dati personali", le informazioni contenute nelle presente comunicazione sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario, che ne assume la piena responsabilità nella qualità di responsabile del relativo trattamento. La diffusione e/o la fotocopiatura della documentazione e di eventuali allegati da parte di qualsiasi soggetto diverso dai destinatari è vietata. Tale divieto di diffusione è sanzionato sia dall'art. 616 del codice penale (violazione, sottrazione e soppressione di corrispondenza) sia dal citato D. Lgs. n. 196/2003, nonché dal Regolamento UE 2016/679 del 27.4.2016.

