

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 _____

CHIEDE

Il rilascio del Modello S2 PER CURE DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE
ALL'ESTERO _____ dal _____

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.