



DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALLE LISTE DEGLI ASSISTITI: RICHIESTA

(da trasmettere via e-mail allegando copia del DOCUMENTO DI IDENTITA', ai seguenti indirizzi di posta elettronica: protocollo@aulss5.veneto.it oppure via PEC: protocollo.aulss5@pecveneto.it)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ cittadinanza _____

Codice Fiscale: _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ nr. civico _____

Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

La cancellazione dalle liste degli assistiti dell'Azienda Ulss 5 Polesana, per ottenere l'assistenza di un medico di medicina generale/ pediatra presso un'altra Azienda Sanitaria fuori Regione Veneto

- Per me e/o
- Per i familiari conviventi (qui indicati)

Cognome e nome	Data di nascita	codice fiscale	cittadinanza
----------------	-----------------	----------------	--------------

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

AUTORIZZA l'Azienda Ulss 5 Polesana a trasmettere il documento che attesta la cancellazione dalle liste degli assistiti al seguente indirizzo di:

- posta elettronica: _____
- via posta all'indirizzo _____
- Oppure di ritirarla personalmente o da persona delegata _____ (in questo caso si ricordi di compilare il modulo di delega allegando copia di un documento di identità del delegante)

CONSAPEVOLE CHE le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000).

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, **AUTORIZZA** il trattamento e la comunicazione dei dati che lo riguardano.

(data) _____ (firma del dichiarante) _____