

PROT. N° _____

DATA _____

ISTANZA PER PRESTAZIONE DI PRIMO ACCESSO IN REGIME DI PERCORSO DI TUTELA

Il /la sottoscritt _____ nat _ a _____ ()

il _____ / _____ / _____ Codice fiscale _____

residente a _____ () via _____ n. _____

tel. _____ email _____

IN QUALITA'DI

☐ Diretto interessato ☐ Genitore del minore ☐ Tutore/curatore ☐ Delegato

Cognome _____ Nome _____ codice fiscale _____

PREMESSO

• Che in data _____ è stato prescritto il seguente esame: _____

• Che la prestazione è stata prenotata per il _____

CHIEDE

che la prestazione sia erogata entro i tempi massimi di attesa previsti dalla vigente normativa per la classe di priorità indicata dal prescrittore.

Si allegano:

- copia o estremi dell'impegnativa _____
- copia o estremi della prenotazione _____



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR

Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

DATA: _____

FIRMA

(anche per presa visione dell'informativa estesa)

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato da _____ Data _____

Solo in caso di invio telematico, allegare la copia del documento di identità.

DELEGA ALL'INOLTRO DELL'ISTANZA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il _____

residente in _____ () via _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____ mail _____

documento di identità _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

DELEGA☐ **a presentare questa istanza**☐ **a presentare questa istanza e a ricevere risposta**

Il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ via _____ C.A.P. _____

telefono _____ mail _____

documento di identità (tipo) _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR**

Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri o per adempiere un obbligo legale, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le i presidi ospedalieri, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Data _____

FIRMA

(anche per presa visione dell'informativa estesa)

Solo in caso di invio telematico, allegare le copie dei documenti di identità del delegante e del delegato.