VISITA AMBULATORIALE: PRENOTAZIONE CUP N° 800.098.543

Asl 3 Genovese
S.C. Medicina Legale
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

PROT. N° **DEL**

OGGETTO: **ELETTORI NON DEAMBULANTI** (LeggeN.15 del 15.01.91)
ACCOMPAGNAMENTO ALL'INTERNO DEI SEGGI (Legge N. 271 del 11.08.91)

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a a_____ il _____

Residente in
Via_____cap_____

Comune_____ mail_____

Cellulare_____ telefono_____

Affetto/a dalla/e seguente/i patologia/e:

_____

_____

Chiede il rilascio della certificazione medica per

ELETTORI NON DEAMBULANTI (Legge N.15 del 15.01.91)

ACCOMPAGNAMENTO ALL'INTERNO DEI SEGGI (Legge N. 271 del 11.08.91)

Allega:

- **Certificato medico attestante le patologie**
- **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità (art.38, comma 3, D.P.R. n. 445/2000)**

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo n. 2016/679 e norme attuative (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono stato/a informato/a del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, emersi a seguito della presente visita medica, tutelati dal segreto d'ufficio, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche ad opera di personale autorizzato ed istruito da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo le vigenti disposizioni di legge. Saranno trasmessi ai competenti uffici pubblici, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla legge.

Data,_____

_____
Firma leggibile