



Modulo B

Pisa, lì _____

DA COMPILARE IN STAMPATELLO A CURA DELL'UTENTE

Il sottoscritto

NOME E COGNOME

NATA/O a (PROV)

IL / / CODICE FISCALE

RESIDENTE A (PROV)

VIA N:

autorizza l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana a procedere alla richiesta di quanto dovuto per la regolarizzazione degli aspetti amministrativi (ticket, ticket aggiuntivo previsto dalle Delibere Regionali in attuazione del DL 98/2011 ed eventuale contributo di digitalizzazione) legati alle prestazioni sanitarie da me ricevute in regime ambulatoriale a seguito della richiesta allegata.

Ogni Comunicazione dovrà pervenire al seguente indirizzo:

VIA N.

CAP Comune

Telefono

Estremi documento di identità

Firma leggibile _____

Timbro del reparto erogante

La presente dichiarazione deve essere allegata all'impegnativa

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.Lvo 196/03

Si informa ai sensi del D.L.vo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente allo svolgimento della procedura per la quale la dichiarazione viene resa.