

Pisa, li _____

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____

Nata/o a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ (prov. _____) Via _____

autorizza l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana a procedere alla richiesta di quanto da me dovuto per la regolarizzazione degli aspetti amministrativi (ticket e/o attestati di esenzione) legati alle prestazioni sanitarie da me ricevute in regime ambulatoriale a seguito della richiesta allegata.

Ogni Comunicazione potrà essere fatta pervenire al seguente indirizzo:

Via _____

CAP _____

Comune _____

Telefono _____

Firma leggibile _____

Estremi documento di identità

Timbro del reparto erogante

INVIARE ALLA U.O. GAPS Piazza Arcivescovado 5

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

Si informa ai sensi del D.Lvo 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.