



**REGIONE LAZIO**  
**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE**  
**VITERBO**



Distretto \_\_\_\_\_

**MODULO DI RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO TICKET PER PATOLOGIA (D.M. 329/99 E 279/01)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

NATO/A A ..... PROV. (.....) IL .....

RESIDENTE IN ..... VIA..... N.....

TEL.....

ISCRITTO NEGLI ELENCHI DEGLI ASSISTITI DELL'AUSL.....  
 (METTERE EVENTUALI ISCRIZIONI NEGLI ELENCHI DI ALTRE REGIONI)

In caso di delega si allega copia del documento di riconoscimento

**DICHIARA**

- 1) CHE QUANTO ATTESTATO NEL PRESENTE DOCUMENTO CORRISPONDE AL VERO E DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA
- 2) DI AVER RICEVUTO COPIA DELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI

**ALLEGA**

- 1) FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CASO DI DELEGA

Si autorizza al trattamento dei dati personali e sanitari ed al loro utilizzo ai sensi della legge n. 675/96 per le sole finalità amministrative e cliniche connesse all'esercizio del diritto di esenzione.

**CHIEDE**

Che ogni comunicazione sia effettuata all'indirizzo cui è domiciliato così come a tale indirizzo deve essere effettuato per posta semplice l'eventuale invio di documenti che lo riguardano.

DATA..... FIRMA.....

Delega al ritiro del tesserino e dell'elenco delle prestazioni il/la Sig.....

Nato/a a ..... il..... residente in .....

Via..... n..... Documento di riconoscimento.....

.....rilasciato il..... da.....

DATA..... FIRMA.....

**SPAZIO RISERVATO ALLA ASL**

CODICI ICD – 9 – CM.....

DATA.....

IL MEDICO FUNZIONARIO