

ATTESTAZIONE DI ACCESSO PER PRESTAZIONI

Su richiesta dell'interessato/a

SI ATTESTA CHE

Il/la signor/a _____
 nato /a a _____ (____) il _____
 residente a _____ (____) CAP _____
 in via/piazza _____ n. _____
 tel. _____ e-mail _____
 Codice Fiscale _____

Il giorno ____ / ____ / _____ dalle ore _____ alle ore _____

Si è sottoposto/a a

- VISITA
 ESAME STRUMENTALE
 ALTRO

Presso

_____ (indicare solo la struttura di accesso: ospedale, poliambulatorio, etc., non specificare il reparto)

Luogo, data _____

Firma

Si rilascia la presente attestazione in carta semplice per gli usi consentiti dalla legge.

PRESENZA ACCOMPAGNATORE

Inoltre, su esplicita richiesta dell'accompagnatore, il sottoscritto attesta che l'interessato è stato accompagnato per la prestazione sanitaria dal signor/signora sotto indicato e identificato con documento di identità n. _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Firma dell'accompagnatore richiedente

Firma dell'addetto

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile.