

RICHIESTA VISITA MEDICO COLLEGALE

Prot.n. _____

data _____

Azienda Sanitaria Locale BA
Dipartimento di Prevenzione
COLLEGIO MEDICO LEGALE
Lungomare Starita 6 – 70123 BARI
medicinalegale.aslbari@pec.rupar.puglia.it

E P.C. al _____
(indicare estremi identificativi dell'interessato)

OGGETTO: Sig. _____ Richiesta visita medico-collegiale per
.....(indicare il richiedente)

con la presente richiede a codesto Collegio di voler sottoporre a visita medico collegiale il

Sig. _____ nato a residente in.....indicare
recapiti telefonici, eventuale indirizzi mail e PEC.....in servizio presso.....con
la mansione di..... per accertamento di cui all' oggetto.

A corredo della presente si inviano in allegato gli atti sotto indicati:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma _____

Informativa Privacy:

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa.
Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 - email: dpo@asl.bari.it -pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it.
Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali si rinvia alla sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/privacy-portale>.

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati
