

- che sia trasmesso riscontro alla presente richiesta tramite i seguenti contatti:
 - Indirizzo e-mail _____;
 - Indirizzo PEC _____;
 - Cellulare _____;

DICHIARO

- di essere consapevole che i dati forniti verranno trattati dagli Ufficio dell'ASP di Vibo Valentia anche con mezzi elettronici per finalità legate alla presente richiesta nel rispetto delle vigenti normative in materie di privacy;
- di non aver rifiutato la prima data disponibile fornitami dagli operatori CUP;
- di essere consapevole che sono escluse dal percorso di tutela tutte le prestazioni specialistiche di "controllo" ovvero le visite successive alle prime e i follow up, le quali sono soggette a specifica indicazione dello specialista che ha preso in carico il paziente, tanto da effettuare direttamente la prenotazione nei tempi clinicamente idonei;

A tal proposito si allega:

- Copia della prescrizione;
- Copia della Prenotazione;
- Copia della Tessera sanitaria (fronte/retro);
- Copia del Documento di Identità (fronte/retro).

Distinti saluti

Data ___/___/___

Firma _____