

ALLEGATO A

MODULO DOMANDA CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____; residente in Pesco Sannita (BN) alla via _____ nr. Civico

_____ ; telefono _____. C.F. _____

Cognome e nome del medico di base _____

AL FINE DI USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI CONSEGNA DEI FARMACI A DOMICILIO

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di essere:

| | | |
|---|-----------------------------------------------------------|--|
| a | Ultrasessantenni | |
| b | Disabile | |
| c | Nella situazione di impossibilità temporanea e soggettiva | |

- Di conoscere e accettare che la consegna del farmaco o prodotto richiesto avvenga entro il giorno seguente alla prenotazione telefonica effettuata.

Pesco Sannita, lì _____

Firma del richiedente

Formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il sottoscritto/ a _____ acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui alla normativa vigente e specificatamente nei " dati personali idonei a rivelare lo stato di salute".

Luogo e data

Firma leggibile
