

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a..... in data .....  
 codice fiscale ..... codice assistito .....  
 residente a ..... Via ..... n°.....  
**Recapito telefonico**..... **E-mail**.....

**CHIEDE**

- per se stesso/a attualmente iscritto/a negli elenchi degli assistiti del Dott .....
- per se stesso/a e per i familiari di seguito elencati:
- solo per i familiari di seguito elencati:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE ASSISTITO	RAPPORTO DI PARENTELA	ATTUALMENTE ASSISTITO/A DA

l'autorizzazione ad avvalersi dell'opera del Dott. ....  
 codice regionale ..... medico che svolge la propria attività di medico convenzionato nel Comune di ..... per le seguenti ragioni:

1. ricongiungimento familiare con sig./sig.ra .....  
 data di nascita .....  
 specificare legame di parentela/affinità/convivenza .....
2. continuità di cura per patologia cronica documentata e/o invalidità civile;
3. prosecuzione del rapporto fiduciario (solo per medico che operi in ambito territoriale limitrofo);
4. vicinanza e migliore viabilità per accedere all'ambulatorio del medico richiesto;
5. altro .....

Allega:

- La documentazione comprovante la situazione dichiarata
- Accettazione del nuovo medico richiesto

**INFORMATIVA PRIVACY  
AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE**

Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: [protocollo@ats-brianza.it](mailto:protocollo@ats-brianza.it) – PEC: [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it);
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.9 Privacy*;
- il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Dott. Luigi Recupero**, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Via della conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009).

Data .....

Firma .....

Data di ricezione della domanda.....

domanda accolta

domanda respinta

Data

NOME, COGNOME, FIRMA Uff. Scelta / Revoca

.....

.....

**Spazio riservato all'ASST**

domanda accolta

domanda respinta

Data

NOME, COGNOME, FIRMA DEL RESPONSABILE ATS

.....

.....

**Spazio riservato all'ATS ove opera il medico**

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA

Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 – 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969

Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco