

## Richiesta del medico in deroga

Al Direttore del distretto

**A**  **B**  **C**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

(via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

(via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_

per sé

per altri  (allegare la delega e la fotocopia del documento di riconoscimento delle persone interessate)

	nome	cognome	data di nascita	rapporto di parentela
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	domicilio (via/piazza - n° civico - città)		residenza (via/piazza - n° civico - città)	
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	domicilio (via/piazza - n° civico - città)		residenza (via/piazza - n° civico - città)	
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	domicilio (via/piazza - n° civico - città)		residenza (via/piazza - n° civico - città)	

**chiede**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durata della richiesta \_\_\_\_\_

Allega\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati n 2016/679, di dare il proprio consenso al trattamento di tutti i propri dati personali e/o sensibili riferiti al procedimento attivato, necessari per l'espletamento dell'istruttoria, nonché per l'eventuale richiesta di riesame alla Commissione Mista Conciliativa per gli aspetti organizzativi e relazionali.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzazione del Medico di distretto nei casi previsti

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*Allegare la documentazione utile per la motivazione della richiesta