

**SPETT.LE
AZIENDA ASL RIETI
UFFICIO MOBILITA' INTERNAZIONALE**

Prot. _____ Rieti _____

Oggetto: Domanda di autorizzazione al trasferimento per cure in ambito comunitario — Art. 22 del Reg: CEE n. 1408/71- dell'assistito

Per quanto in oggetto, il Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____ res.te in _____

_____ C.F. _____

esercitante la patria potestà per conto del minore _____

chiede l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero presso

_____ dal _____ al _____

Si allega attestazione sanitaria relativa alla patologia del suddetto assistito.

Rieti _____

Firma

Trattamento dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE, si informa che i dati raccolti direttamente dall'interessato o da chi ne fa le veci mediante la compilazione del presente modulo ed i suoi eventuali allegati saranno trattati dalla ASL di Rieti quale titolare del trattamento esclusivamente per l'istruttoria della domanda e la gestione della procedura di trasferimento per cure in ambito UE. I diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it