

Spett.le
IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA -
FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
c/o SOARDO E ASSOCIATI SRL
VIA PIERO LUCCA, 18
13100 VERCELLI VC

OGGETTO : CODICE SOCIO N. _____ PIANO SANITARIO: _____
NOME E COGNOME DELL'ASSOCIATO: _____

NOME _____

COGNOME _____

VIA _____

CAP _____

CITTA' _____

Codice IBAN _____

Intestato a: _____

MEDICO CURANTE (nome, cognome, indirizzo)

DATA _____

Firma dell'Assicurato _____

In conformità a quanto previsto dal DL 196/03, Vi informiamo che i dati personali/sensibili da Voi forniti alla **SOARDO E ASSOCIATI SRL** verranno trattati con la massima attenzione per quanto concerne gli aspetti di riservatezza e sicurezza. Preso atto di quanto indicato, esprimo il consenso:

- al trattamento da parte del Titolare e degli altri soggetti della catena Assicurativa, dei dati personali sia comuni sia sensibili, che mi riguardano
- al trasferimento degli stessi dati all'estero

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo _____

Firma dell'Assicurato _____

RAPPORTO DEL MEDICO

Diagnosi _____

Prognosi _____

Accertamenti necessari

Ricovero _____

in data _____

Presso Istituto di Cura _____

Il Medico
Timbro e Firma

Data _____