



AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA
UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

Alla S.C. Medicina Legale
Dipartimento di Prevenzione AUSL Valle d'Aosta
Loc. Amerique 7/L, 11020 Quart (AO)
Tel. 0165 545804
Apertura Segreteria: mart. e giov. h 8:30-12
PEC: medicinalegale@pec.ausl.vda.it

**MODULO DI RICHIESTA DI VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE PER IL RICONOSCIMENTO
DELLA CONDIZIONE DI PATOLOGIA GRAVE IN TERAPIA SALVAVITA**

Il/la dipendente:

COGNOME _____ NOME: _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL. _____ MAIL _____

PEC _____

dipendente presso (Azienda) _____

con mansione di _____

CHIEDE di essere sottoposto a valutazione medico legale per valutare la sussistenza dei requisiti sanitari necessari al riconoscimento della condizione di patologia grave in terapia salvavita al fine di usufruire dei benefici previsti dall'art. _____ del Contratto Collettivo _____ del ____/____/____

[E' indispensabile compilare il modulo in ogni sua parte e farlo pervenire alla Segreteria della S.C. Medicina Legale via PEC, raccomandata A/R oppure a mano negli orari di apertura al pubblico]

Luogo _____ data _____ Firma del dipendente _____

Al presente modulo deve essere allegato un documento di identità in corso di validità.

L'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i Suoi dati per le finalità previste ex artt. 13-14 Reg.to UE 679/2016 pubblicate sul sito internet www.ausl.vda.it sezione Privacy, nella informativa dedicata alle attività medico-legali.