



Programmi di screening oncologici: richiesta di riammissione

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

CHIEDO DI

► essere riammesso/a ai programmi di screening indicati sotto:

barrare le caselle di interesse

- screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del **collo dell'utero**
- screening per la diagnosi precoce del tumore della **mammella**
- screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del **colon-retto**

ALLEGO

copia di un documento di identità in corso di validità

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come presentare la richiesta

Deve presentare la sua richiesta per posta elettronica, all'indirizzo screeningoncologici@ausl.mo.it