



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

Dipartimento di Area Medica  
Direttore Dott. Giancarlo Rovere  
Servizio Recupero e  
Rieducazione Funzionale-sede Chieri  
011.94294905-4906

Sede Legale - Piazza Silvio Pellico, 1 - 10023 Chieri (To) - tel. 011 94291 - C.F. e P.I. 06827170017

**DATI DELL'UTENTE**

**COMPILARE IN STAMPATELLO**

COGNOME.....	NOME.....
NATO/A A.....	IL.....
RESIDENTE A.....	PROV.(.....)
VIA.....	N. ....
TEL. ....	CELL...../.....
ESENZIONE TICKET.....	INAIL.....
MMG/PLS.....	

Gentile Signora, Gentile Signore,  
i dati a Lei richiesti sono indispensabili per tutti i contatti diretti fra il nostro Servizio e la S.V.I. , per la corretta elaborazione dei flussi informativi richiesti dalla nostra Azienda Sanitaria Locale TO5 e dalla Regione Piemonte.

Trattandosi di **DATI PERSONALI**, si richiede la Sua preventiva autorizzazione al loro utilizzo per i motivi sopraelencati.

Si richiede inoltre il **CONSENSO** alla Sua presa in carico riabilitativa da parte del nostro Servizio.

Il Personale della Struttura è a Sua disposizione per ogni eventuale chiarimento.

**AUTORIZZO** l'utilizzo dei miei dati personali da parte dell'AslTo5-S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale - sede di Chieri per esclusivi motivi amministrativi

**SI**..... **NO**..... ( crocettare la scelta)

**AUTORIZZO** l'utilizzo dei contatti telefonici sopraindicati da parte dell'AslTo5-S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale - sede di Chieri, per comunicazioni che mi riguardano

**SI**..... **NO**..... ( crocettare la scelta)

**ACCONSENTO** alla presa in carico riabilitativa secondo le modalità previste dall'AslTo5-S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale - sede di Chieri

**SI**..... **NO**..... ( crocettare la scelta)

**DATA**.....

**FIRMA** DELL'UTENTE o DEL GENITORE o TUTORE (SE IMPOSSIBILITATO A FIRMARE)

.....

**COGNOME e NOME IN STAMPATELLO DEL FAMILIARE CHE FIRMA**

.....