

## AGENZIA REGIONALE SANITARIA

***“Attività sperimentale in attuazione delle disposizioni di cui al DPCM 26 marzo 2008, decreto attuativo del comma 810 dell’art. 1 della L.F. 2007 concernente il collegamento telematico in rete dei medici prescrittori”.***

### **Individuazione medici sperimentatori nella regione Campania.**

#### **Dichiarazione di adesione**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ - Telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Firmatario di contratto come MMG/PLS con l’ASL \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

Di voler aderire alla attività sperimentale in attuazione delle disposizioni di cui al DPCM 26 marzo 2008, decreto attuativo del comma 810 dell’art. 1 della L.F. 2007 concernente il collegamento telematico in rete dei medici nella regione Campania.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ è informat\_\_, ai sensi e per gli effetti del D.L.gs 196/2003 e sue successive modifiche ed integrazioni, che i dati anche personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, che, in relazione al trattamento dei predetti dati, può esercitare i diritti di cui all’art. 7 del D.L.gs 196/2003, che la comunicazione dei predetti dati ha natura di onere al fine di poter partecipare alla presente procedura concorsuale e che un eventuale rifiuto determinerà l’impossibilità per l’A.R.SAN. di accogliere la presente istanza.

\_\_\_\_\_  
firma per esteso

Si allega copia fotostatica non autenticata di un documento di identità