Gesundheitsbezirk Bruneck
Beirat gem. Art. 9 des Vertrages auf Landesebene
für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten
für Allgemeinmedizin
Leistungsabteilung
Paternsteig 3 - 39031 Bruneck

Datum _____

Änderung des Vertrauensarztes im Sinne des Art. 9 des Vertrages auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin, genehmigt mit Beschluss der Landesregierung vom 03.12.2007, Nr. 4149

Der/die Unterfertigte _____, geb. am _____,

wohnhaft in _____, Straße _____,

Steuernummer | | | | | | | | | | | | | | | |

Matrikelnummer | | | | | | | | | | / | |

mit derzeitigem Vertrauensarzt Dr. _____,

ersucht als **neuen Vertrauensarzt** Dr. _____

☐ für sich selbst

☐ für seine/ihre Familienangehörigen (Name, Geburtsdatum und Matrikelnummer angeben)

- _____
- _____
- _____

aus folgenden Gründen wählen zu dürfen:

_____

_____

_____

_____

Zu diesem Zwecke gibt der neue Vertrauensarzt sein Einverständnis ab.

Aufklärung im Sinne des Legislativdekretes vom 30.06.2003, Nr. 196 (Kodex bezüglich des Schutzes der personenbezogenen Daten)
Die personenbezogenen Daten werden manuell und in digitaler Form ausschließlich für die Erfordernisse, die mit Abwicklung des vorliegenden Antrages zusammenhängen, verarbeitet. Die mangelnde Zurverfügungstellung der Daten bewirkt, dass der Antrag nicht behandelt werden kann. Die Übermittlung der Daten an öffentliche Körperschaften wird nur in den vom Gesetz oder von Verordnungen vorgesehenen Fällen vorgenommen bzw. für die Ausübung institutioneller Aufgaben. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der Direktor der Leistungsabteilung des Gesundheitsbezirkes Bruneck. Inhaber der Datenverarbeitung ist der Generaldirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebes. Der Unterfertigte, welcher die vom Art. 7 des Leg.D. Nr. 196/2003 vom 30.06.2003 vorgesehenen Rechte ausüben kann, erteilt die Zustimmung zur Verarbeitung von sensiblen Daten.

Mit freundlichen Grüßen

_____ (Unterschrift)

_____ (Stempel u. Unterschrift des Arztes)

Comprensorio Sanitario di Brunico
Comitato ai sensi dell'art. 9 dell'accordo a livello provinciale
per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale
Ripartizione Prestazioni
Vicolo dei frati, 3
39031 Brunico

data _____

Cambiamento del medico di fiducia ai sensi dell'art. 9 dell'accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale approvato con delibera della Giunta Provinciale del 03.12.2007, n. 4149

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____,

residente a _____, in via _____,

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

n. matricola | | | | | | | | | | / | |

con medico di fiducia attuale dottor _____

chiede di poter scegliere come **nuovo medico di fiducia** dottor _____

☐ per sé

☐ per i suoi familiari (indicare nome, data di nascita e n. matricola)

- _____
- _____
- _____

per i seguenti motivi:

_____

_____

_____

_____

A tale scopo il nuovo medico dà il suo consenso.

Informativa ai sensi del Decreto Lgs.n. 196 del 30.06.2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)
I dati personali vengono trattati manualmente e in forma digitale esclusivamente per le finalità connesse con l'espletamento della presente domanda. Il rifiuto di mettere a disposizione i dati comporta l'impossibilità di evadere la domanda. La comunicazione a enti pubblici avviene soltanto nei casi previsti dalla legge o da regolamenti nonché per lo svolgimento di compiti istituzionali. Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Ripartizione Prestazioni del Comprensorio Sanitario di Brunico. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. L'interessato al quale spettano i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 del 30.06.2003 da il consenso al trattamento dei dati sensibili.

Cordiali saluti

_____ (firma)

_____ (timbro e firma del medico)