			di terapia salvavita o altra ad e e/o parzialmente invalidante".	essa assimilabile", ovvero
II/La sottoscritto/a				
Nato/a il	a		Residente a	
Via		cap	n.tel	
Indirizzo e mail:		a	vendo ricevuto in data	
In sede di accertamento sanit	ario monocratic	o comunicazione di (giudizio sfavorevole	
□ al riconoscimento della con	dizione di "grave	e patologia"		

All'U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio

(firma del ricorrente)

Azienda USL della Romagna

Sede di

CHIEDE IL RIESAME DELL'ACCERTAMENTO

Motivazione della richiesta di riesame:						
Documentazione allegata:						
data						

La domanda deve essere presentata <u>entro 60 giorni dalla comunicazione del giudizio</u> alla AUSL della_Romagna U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio sede di ________, oppure essere inviata tramite raccomandata r.r. Alla domanda deve essere allegata:

- 1. copia del certificato con giudizio sfavorevole;
- 2. copia di un documento di riconoscimento valido

□ all'ascrivibilità a "grave patologia" dei singoli periodi di assenza

3. tutta la documentazione sanitaria in fotocopia che si ritiene necessaria

"Informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 si informa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, senza chiederle alcun consenso in quanto il loro utilizzo è previsto da norma di legge e di regolamento e comunque per motivi di interesse pubblico, nel rispetto della normativa europea in materia di protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento è l'AUSL della Romagna con sede in Ravenna, Via De Gasperi n.8, nella persona del Direttore Generale Responsabile interno del trattamento è il Direttore dell'U.O. Medicina Legale e Gestione del Rischio".