

Oggetto: comunicazione apertura malattia/infortunio polizza n°81301025

Il sottoscritto: COGNOME _____ NOME _____

Codice Fiscale _____

medico di medicina generale convenzionato con la A.S.L. _____ di _____

dichiaro inoltre di non svolgere altri incarichi in Convenzione di svolgere anche l'attività di: Continuità Assistenzialedichiara di essersi assentato dal lavoro per malattia infortunio dalla data del ____/____/____

e di averlo comunicato alla Asl competente in data ____/____/____

Il mio recapito è il seguente:

Piazza/Via _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Tel/Cell _____ E-mail _____ @ _____

Allega:

 Certificato medico con diagnosi e prognosi Certificato di ricovero Certificato di pronto soccorso Certificato di *Day Hospital*

Seguirà documentazione

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati "sensibili" di cui ho appreso il significato (art.4 comma 1 lett. d e art.26 D.lgs. 196/2003), autorizzo il trattamento dei dati di cui sopra, nonché di quelli contenuti nella documentazione da me prodotta, da parte degli uffici della FIMMG per inoltrare e seguire l'iter della polizza agli uffici delle Generali, e viceversa, preposti all'adempimento degli obblighi e delle procedure previsti dalla polizza, con le modalità previste dalle Leggi e dai regolamenti vigenti in materia di prestazioni assicurative.

Luogo e data _____ Firma _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità **dichiara di essere iscritto alla**

FIMMG Sezione di _____ settore* Assistenza Primaria

Luogo e data _____ Firma _____

Fimmg effettuerà tutti i controlli necessari per verificare lo stato di iscrizione, riservandosi il diritto accettare le comunicazioni di apertura malattia solo degli iscritti.

N.B. la richiesta sarà inoltrata solo se il richiedente compila il modulo correttamente apponendo tutti i dati e le firme richieste.