

DA INOLTRE:

via posta all'indirizzo di cui sotto, oppure

via mail all'indirizzo: [sisp.invalidi.civili@aulss9.veneto.it](mailto:sisp.invalidi.civili@aulss9.veneto.it)

via pec all'indirizzo: [prevenzione.aulss9@pecveneto.it](mailto:prevenzione.aulss9@pecveneto.it)

AZIENDA ULSS N. 9 SCALIGERA  
U.O.C. MEDICINA LEGALE  
VIA S. D'ACQUISTO N. 7  
37122 VERONA

**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE AI SENSI DELL'ART. 26 COMMA 2 DEL DPCM N.18/2020  
E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI (S.M.I.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
tel/cell \_\_\_\_\_ mail / pec(preferibile): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

previa produzione della certificazione d'interesse, la valutazione in merito alla sussistenza delle condizioni di cui all'articolo 26 c. 2 del D.L. 17/03/2020 N. 18 e s.m.i..

**A tal fine allega la documentazione di seguito indicata:**

- certificazione specialistica recente attestante lo stato immunodepressivo o la patologia oncologica e/o l'effettuazione delle relative terapie salvavita.
- copia documento di identità in corso di validità;

Il/la sottoscritto/a chiede che la relativa certificazione venga inviata al diretto interessato.

Data \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY**

Sono stato informato del fatto che i dati personali e quelli riguardanti le mie condizioni di salute, saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>

Data .....

Firma del dichiarante .....