

Al Distretto Sanitario _____
 Via _____, n.____
 CAP _____
 Email _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA DEI NON RESIDENTI NELL'ELENCO DEGLI ASSISTITI

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ nato/a _____
 _____ (prov. ____) il __/__/____/, con cittadinanza _____ residente a _____
 _____ in via/p.zza _____, n. _____ e domiciliato a _____
 _____ in via/p.zza _____, n. _____

CHIEDE

per sé e per i seguenti familiari (nel caso della richiesta per motivi di lavoro) l'iscrizione temporanea negli elenchi del SSN gestiti da codesta Azienda in quanto dimoranti per un periodo superiore a tre mesi dal _____ al _____

L'iscrizione provvisoria è dovuta a motivi di:
 (barrare la voce che interessa)

- STUDIO** **LAVORO** **SALUTE**
 ANZIANO O DISABILE (che necessita di assistenza da parte dei familiari)

| COGNOME e NOME | LUOGO e DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE | GRADO DI PARENTELA |
|----------------|-------------------------|----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, sotto la mia personale responsabilità dichiara di:

- essere lavoratore alle dipendenze di _____
 essere lavoratore autonomo _____
 essere studente presso _____
 altro _____
 aver provveduto alla cancellazione dagli elenchi della ASL di _____ - Regione _____, dal _____ (solo per gli assistiti provenienti da altra Regione)
 segnalare tempestivamente eventuali variazioni di domicilio o il rientro nel comune di residenza.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito anche "GDPR"), l'ASL Roma 2, con sede in Roma, via Maria Brighenti n. 23 Edificio B, informa che, in qualità di Titolare del trattamento, tratterà i dati inseriti nel presente modulo e nei suoi allegati direttamente dall'interessato o da chi ne esercita la rappresentanza legale, anche appartenenti a categorie particolari (ovvero i dati relativi allo stato di salute), per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta.

Data _____

Il Dichiarante _____

- Allegati: copia del documento d'identità dichiarazione datore di lavoro/iscrizione Albo/Ordine
 certificati medici certificato di studio/tasse scolastiche o universitarie
 tessera d'iscrizione ASL di provenienza