

Al Distretto Sanitario \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_

**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.

Consapevole che i dati personali forniti, sono tutelati dal D. Lgs 196/2003 e pertanto saranno utilizzati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, a garanzia della sicurezza e riservatezza dei dati medesimi.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

- Allegati:  copia del documento d'identità  
 certificati medici  
 tessera d'iscrizione ASL di provenienza

- dichiarazione datore di lavoro/iscrizione Albo/Ordine  
 certificato di studio/tasse scolastiche o universitarie