

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