

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO NOTORIO

Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/La sottoscritto/a nato/a il/...../.....
aProv Codice Fiscale
n. tel. cell.

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere residente a Prov CAP.....
Via/C.so/P.za n°..... tel. cell.....

di essere domiciliato a Torino in Via/C.so/P.za n.....

per il seguente motivo:

lavoro (n.b.: solo per contratti/incarichi di durata oltre i 3 mesi) presso

.....
(indicare ditta o datore di lavoro)

Via..... n. Città Prov. fino al

(indicare indirizzo ditta o datore di lavoro)

(indicare periodo di permanenza)

Inoltre per libero-professionisti:

Professione.....Partita IVA.....

Numero iscrizione all'Ordine Professionale / Collegio / Camera di Commercio.....

in quanto familiare a carico del lavoratore (nome/cognome)

studio (n.b.: solo per corsi di durata oltre i 3 mesi) presso

.....
(Nome Istituto/Scuola/Università)

Via..... n. Città Prov. fino al

(indicare indirizzo Istituto/Scuola/Università)

(indicare periodo di permanenza)

Solo per i residenti fuori Regione Piemonte:

Dichiara che la propria **ASL di residenza** è la seguente:
via città prov. e
che nella suddetta ASL:

non ha provveduto **ha già** provveduto in data

alla cancellazione del Medico di Medicina Generale dr.....
con studio nel Comune di Provincia..... e di
non aver scelto attualmente il Medico di Medicina Generale in nessuna altra ASL italiana.

Chiede pertanto la domiciliazione sanitaria per se e per i familiari a carico minorenni o sotto tutela legale sotto elencati:

Cognome/nome	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela

Sceglie per sé e per i suoi familiari il/i seguente/i professionista/i:

- Medico di Medicina Generale: _____

oppure se non disponibile _____

- Pediatra di Libera Scelta*: _____

oppure se non disponibile _____

oppure se non disponibile _____

* indicare almeno tre nominativi; se i Pediatri di Libera Scelta indicati hanno raggiunto il loro massimale, verranno chiesti ulteriori nominativi.

Chiede, infine, che la "Ricevuta d'Iscrizione" pervenga con la seguente modalità:

_____ (indicare l'indirizzo e-mail o il n. fax nel caso in cui non sia richiesto l'invio per posta).

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 Regolamento EU n. 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Torino, Firma per esteso e leggibile

Da allegare **per ogni utente** che richiede la domiciliazione:

- Fotocopia documento di identità valido (solo per richiedente e familiari maggiorenni)
- Fotocopia codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate o fotocopia TEAM
- Tessera sanitaria ASL di provenienza

PARTE RISERVATA ALLA ASL

PRIMA ISCRIZIONE **oppure** RINNOVO

ALLEGATA ALTRA DOCUMENTAZIONE (specificare): _____

Torino,

Firma operatore.....