

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 .../.../.....

a Prov 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

via/c.so/p.za n°... tel.

cell.....

che la propria ASL di residenza è la seguente: n.

Via Città prov.

NEL CASO DI PRIMA RICHIESTA:

che l'ASL di ultima iscrizione è la seguente: n.

Via Città prov.

Telefono mail

di scegliere quale Medico di Medicina Generale o Pediatra di Base, per sé e per i propri familiari

il/la Dott.

NEL CASO DI RINNOVO:

che l'ASL di ultima iscrizione è l'ASL Città di Torino, con decorrenza dal e che da tale data a tutt'oggi non si è iscritto in altra Azienda Sanitaria e non ha quindi scelto altro medico di famiglia.

di scegliere quale Medico di Medicina Generale o Pediatra di Base, per sé e per i propri familiari

il/la Dott.

CHIEDE

- L'ISCRIZIONE** nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L
- IL RINNOVO** dell'iscrizione nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L
- LA REVOCA** dall'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L

Con domicilio a..... all'indirizzo

presso..... telefono n..... per un periodo non inferiore a

tre mesi, dal _____ fino al _____ per il seguente motivo:

.....

(BARRARE L'IPOTESI CHE INTERESSA)

<input type="checkbox"/> MOTIVI DI LAVORO <input type="checkbox"/> Autocertifico : - se lavoratore dipendente presso.....Torino - se lavoratore autonomo : n. P.I.	L'iscrizione viene effettuata per la durata del contratto e comunque per un massimo di un anno ed è rinnovabile, se persistono i requisiti.
<input type="checkbox"/> MOTIVI DI STUDIO <input type="checkbox"/> Allego: Certificato di frequenza per corsi di studio (rilasciato dall'Ente con l'indicazione della durata del corso. <input type="checkbox"/> Autocertifico: di essere iscritto presso l'ente scolastico _____ via _____ di Torino	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/> MOTIVI DI SALUTE Allego: certificato rilasciato dall'Ospedale che ha in carico il paziente o dallo Specialista di Struttura Pubblica o dal Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.	Dalla relazione sanitaria deve risultare: <input checked="" type="checkbox"/> la necessità del soggiorno temporaneo con indicazione dei motivi di salute. <input checked="" type="checkbox"/> l'eventuale necessità di assistenza da parte di un familiare <input checked="" type="checkbox"/> l'indicazione della durata Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/> OSPITE NELLA CASA DI RIPOSO O IN COMUNITA' Allego: dichiarazione del direttore/responsabile Struttura	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/> BAMBINO IN AFFIDAMENTO Allego: documentazione comprovante	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/> DETENUTI IN ATTESA DI GIUDIZIO Allego: documentazione comprovante	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/> RELIGIOSI Allego: documentazione comprovante	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)

Chiede inoltre la **domiciliazione sanitaria per sé e per i familiari a carico minorenni o sotto tutela legale sotto elencati:**

Cognome/nome	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela

Chiede, infine, che la "Ricevuta d'Iscrizione" pervenga al seguente indirizzo di posta elettronica:

Si informa che ai sensi degli artt. 13-14 regolamento UE n. 2016/679 (GPR) 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 del domiciliato
.....

Firma per esteso e leggibile dell'altro coniuge in caso di domiciliazione per minori

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

- Fotocopia documento di identità valido (solo per richiedente e familiari maggiorenni)
- Fotocopia codice fiscale (Tessera sanitaria)
- Tessera sanitaria ASL o cancellazione da parte della ASL di provenienza
- Modulo per l'informativa sul trattamento dei dati personali – ex art. 13 Reg.to EU 2016/679

PARTE RISERVATA ALLA ASL

- PRIMA ISCRIZIONE oppure RINNOVO
- ALLEGATA ALTRA DOCUMENTAZIONE (specificare):

Torino, Firma e timbro.....

Parte riservata al Dirigente Medico

Si autorizza

Non si autorizza

.....
.....
.....
Torino,

Firma e timbro