

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 : numero Partita Iva _____	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, _____, Torino	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/> MOTIVI DI SALUTE: Allego <input type="checkbox"/> Verbale di invalidità civile (100% o 100% più Indennità di Accompagnamento) <input type="checkbox"/> Certificato rilasciato da medico specialista di struttura pubblica che attesti la necessità di assistenza continua <input type="checkbox"/> Documentazione sanitaria di struttura pubblica che attesti le cagionevoli condizioni di salute, non datata oltre l'anno <input type="checkbox"/> Dichiarazione di ricovero presso le strutture per anziani non autosufficienti o disabili	Dalla relazione sanitaria deve risultare: - la necessità del soggiorno temporaneo con indicazione dei motivi di salute. - l'eventuale necessità di assistenza da parte di un familiare - 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:
