

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA PER DOMICILIO SANITARIO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ**
(artt. 46-47 DPR n.445/2000)

Prima iscrizione

Rinnovo iscrizione

Il/la sottoscritt.....
 nat..... a il
 residente a
 in via / piazza n°
 tel. mail

ai sensi di quanto disposto dall'Accordo 8.5.2003 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

CHIEDE

l'iscrizione temporanea nell'elenco degli assistiti non residenti della A.S.U. Friuli Centrale

per sé per i seguenti familiari:

	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Grado di parentela</i>
1)				
2)				
3)				

in quanto domiciliato nel Comune di in via n.,
 per un periodo superiore a tre mesi dal al, per motivi di:

<input type="checkbox"/>	lavoro
<input type="checkbox"/>	studio
<input type="checkbox"/>	salute (allegare certificazione medico-specialistica oppure certificato mmg/pls)

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere alle dipendenze di
 con la seguente condizione lavorativa:
- di essere lavoratore autonomo iscritto alla Camera di Commercio/Ordine professionale
 di: numero posizione
- di essere studente regolarmente iscritto presso (specificare l'Istituto, il corso e la durata):

- di aver provveduto alla revoca del Medico di Medicina Generale e/o del Pediatra di Libera Scelta
Dr./Dr.ssa in data
presso la ASL Distretto di
via n. recapito telefonico

Allegati:

- si IMPEGNA a segnalare tempestivamente qualunque variazione che dovesse intervenire nella situazione sopra rappresentata.

- ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene resa.

_____, *li* _____

firma _____

Il dichiarante, identificato mediante ha sottoscritto la su estesa dichiarazione in presenza del dipendente incaricato

Il dichiarante allega copia fotostatica non autenticata di un documento valido di identità.
Il dipendente incaricato

Spazio riservato per eventuale delega

Il sottoscritto Sig./Sig.ra

nato/a il a

DELEGA

il Sig./Sig.ra

nato/a il a

a presentare la presente istanza nelle forme e contenuti sopra esposti ed allega a tal fine copia di valido documento di identificazione del sottoscritto delegante e del delegato.

Firma del delegante

Spazio riservato al Distretto competente

In relazione alla motivazione espressa e alla documentazione prodotta:

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

data

il Direttore del Distretto o suo delegato

.....