

DOMANDA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA PER DOMICILIO SANITARIO

 Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio
 (Artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000)

 Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ (____) il _____
 residente nel Comune di _____ (____) CAP _____
 in via/piazza _____ n. _____
 tel./cell. _____ email _____
 Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria n. _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE TEMPORANEA

nell'apposito elenco degli assistiti non residenti con contestuale scelta del Medico, nonché la cancellazione dagli elenchi degli assistiti della ASL di residenza con contemporanea trasmissione della comunicazione, per me stesso e/o per i seguenti familiari

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

DICHIARA

- di eleggere domicilio sanitario nel Comune di _____ (prov. _____), in via/piazza _____ n. _____;
- che il domicilio sanitario avrà una durata superiore a 3 mesi e fino ad un massimo di 12 mesi dal _____ al _____;
- di essere in possesso dei requisiti previsti dalla Circolare n. 1000.116 del 11/05/1984 e dalla Nota Regionale protocollo n. 293/20561 del 02/02/2000, che ne disciplinano il diritto;
- di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità;
- di prendere atto che in caso di mancato rinnovo alla scadenza dell'iscrizione la Vs. Azienda Ulss2 Marca trevigiana provvederà alla cessazione d'ufficio dell'assistenza per me e/o familiari sopra elencati.

DICHIARA

 di essere stato/a informato/a della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e in particolare le categorie particolari di dati (ex sensibili a carattere sanitario) ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 2016/679 e del D.lgs. 196 del 2003 e ss.mm.ii. e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti, per cui esprimo il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini strettamente necessari per l'iscrizione temporanea nell'elenco degli assistiti non residenti.

Luogo e data _____

Firma per esteso _____

ALLEGA la seguente documentazione (per la prima iscrizione)

- Tessera Sanitaria dell'ASL di residenza
- Copia del documento di riconoscimento

Luogo e data _____

Firma per esteso _____