

Mod. Iscrizione/rinnovo iscrizione S.S.R. solo per i domiciliati in FVG

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 e 76 DEL DPR 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

codice fiscale

Telefono.....Cellulare.....

- consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (*vedi note a piè di pagina*);
- consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente (*vedi note a piè di pagina*);

RICHIESTE L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

- per se stesso
- per il figlio minore _____ IN ACCORDO con l'altro genitore, entrambi detentori della responsabilità genitoriale, (indicare NOME, COGNOME e DATA DI NASCITA dell'altro genitore) _____
- per il seguente soggetto di cui ha la tutela/curatela/amministrazione di sostegno
(in questo caso è necessario allegare il provvedimento di nomina di tutore/curatore/amministratore di sostegno)

1. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____

2. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____

3. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____

4. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____

Residente/i a _____ via _____ cap _____

E LA SCELTA DEL MMG/PLS

del Medico di Famiglia Dott. _____

o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti professionisti (compilare tutte le opzioni richieste, e comunque almeno tre)

1.DOTT. _____ 4. DOTT. _____

2.DOTT. _____ 5. DOTT. _____

3.DOTT. _____ 6. DOTT. _____

A TALE SCOPO DICHIARA

(Vedi: stati, qualità personali e fatti riportati sul retro della presente dichiarazione sostitutiva)

► di essere residente a via n.

e domiciliato in via..... n. cittadinanza.....

► di essere iscritto presso l'Azienda, competente per residenza:

► di aver eletto il suddetto domicilio per un periodo di tempo non inferiore a tre mesi, per il seguente motivo:

per motivi di lavoro _____,

in caso di contratto a tempo determinato, indicare la data di scadenza del contratto _____

(indicare gli estremi identificativi del datore di lavoro se Ente pubblico, o numero di iscrizione ad albi o elenchi professionali, o allegare documentazione attestante attività lavorativa se Ente privato – UNILAV/dichiarazione datore di lavoro)

per motivi di studio _____

(indicare gli estremi identificativi dell'Istituto scolastico se Ente pubblico, o allegare attestazione di iscrizione se Ente privato)

per motivi di salute _____

(presentare certificazione medica o dichiarazione sostitutiva di atto notorio per gli ultrasessantacinquenni o codice di esenzione per gravidanza per le donne in stato di gravidanza)

- di non avere scelto un medico di fiducia nel luogo di residenza e/o di aver già provveduto alla sua cancellazione (solo per i domiciliati al di fuori della Regione Friuli Venezia Giulia).

Dichiaro, inoltre, che il **NUCLEO FAMILIARE** è composto da - (solo nel caso di prima scelta del Pediatra)

1. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____ grado parentela _____
2. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____ grado parentela _____
3. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____ grado parentela _____
4. Nome e cognome _____ nato/a il _____ C.F. _____ grado parentela _____

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

Trieste,

IL DICHIARANTE

.....

Il richiedente dovrà allegare:

- **Copia del documento di identità valido**