

DOMANDA D'ISCRIZIONE TEMPORANEA NELL'ELENCO DEGLI ASSISTITI NON RESIDENTI

 PRIMA ISCRIZIONE RINNOVO

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a _____ il _____

C.F. _____ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ A.S.L. di residenza _____

Tel. _____ Mail. _____

CHIEDE

L'iscrizione temporanea nell'apposito elenco degli assistiti non residenti dell'A.S.L. Napoli 2 Nord Distretto Sanitario n. _____, per sé e per i suoi familiari conviventi (solo per motivi di lavoro);

Medico scelto: Dr. _____

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Medico scelto

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 D.P.R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all' art 75 D.P.R. n. 445/2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445/2000; trovandosi in una delle condizioni previste dall'Accordo della Conferenza Stato – Regioni rep. N.1705 dell'8 maggio 2003 e/o dalla Circolare Ministeriale n.1000/116 del 1984; sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- Di essere provvisoriamente domiciliato a _____ in Via _____
- per un periodo superiore a tre mesi fino al _____ (massimo 12 mesi)
- per motivi attinenti a: (barrare la voce che interessa)
 - Lavoro** (specificare: _____);
 - Studio** (specificare: _____);
 - Salute** (allegare certificazione medica di struttura pubblica); _____;
 - Altro** (casistica prevista dalla Circolare Ministeriale n.1000/116 del 1984) _____;
- che nessuno dei nominativi di cui alla presente richiesta è iscritto presso altra ASL o Servizio Sanitario Estero;
- di segnalare tempestivamente qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione sopra riportata;
- di essere consapevole che i dati personali forniti saranno utilizzati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Copia documento di riconoscimento
- Cancellazione medico di base ASL di residenza
- Copia Tessera Sanitaria (TEAM)
- Certificato medico (se necessario)

Data _____

Firma _____