



**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER CITTADINI NON RESIDENTI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ cod.fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

**CHIEDE**

- per sé       per i seguenti familiari che **FANNO/NON FANNO** parte del proprio nucleo familiare

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapp. parentela	Codice fiscale

Di essere iscritti temporaneamente negli elenchi della A.S.L. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI come **assistiti non residenti** per un periodo minimo di tre mesi ad un massimo di un anno.

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

**per il seguente motivo:**

- STUDIO** \_\_\_\_\_  
 ( Indicare l'Istituto o il corso di studio )
- LAVORO** \_\_\_\_\_  
 ( Indicare il datore di lavoro e tipo di attività lavorativa )
- SALUTE ( allegare un certificato medico)**
- \_\_\_ **RICONGIUNZIONE FAMILIARE** \_\_\_\_\_
- \_\_\_ **RICOVERATI IN ISTITUTI DI CURA** \_\_\_\_\_

DI SCEGLIERE PER SE E PER I PROPRI FAMILIARI :

- il **MEDICO DI BASE** dr. \_\_\_\_\_  il **MEDICO PEDIATRA** dr \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO**

(Artt .46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. **DICHIARA**

◇ Di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

◇ Di essere domiciliat\_ a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

◇ che i sopraindicati familiari sono residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 e domiciliati a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

◇ di essere già iscritt\_ negli elenchi della A.S.L. \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ Reg. \_\_\_\_\_

\_\_\_ della quale allego la dichiarazione di avvenuta cancellazione del Medico di Base e/o Pediatra;

\_\_\_ dalla quale chiedo la cancellazione dall'elenco assistiti del Medico di Base e/o Pediatra

◇ Di non essere iscritt\_ presso altre A.S.L. o S.S.N. estero;

**MI IMPEGNO A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE LE EVENTUALI VARIAZIONI DELLA SITUAZIONE SOPRA RAPPRESENTATA**

Il sottoscritto consente, ai sensi degli artt. 11 e 20, L.675/96, al trattamento e alla comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione

Vasto, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del richiedente