



Regione Abruzzo
Azienda Sanitaria Locale n. 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Nucleo Operativo Distrettuale di VASTO

Tel. 0873 308729

Email: sceltaerevoca.vasto@asl2abruzzo.it

Insieme all'istanza allegare copia fronte retro di un documento di riconoscimento e tessera sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____ nat. a _____

il _____ cittadinanza _____ Tel. _____

CHIEDE

☐ per sé ☐ per i seguenti nominativi che **FANNO / NON FANNO** parte del proprio nucleo familiare

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

☐ **L'ISCRIZIONE alla ASL 02 come RESIDENTE**

☐ **IL RINNOVO dell'iscrizione come STRANIERO**

☐ **La SCELTA del Medico**

☐ **MEDICINA GENERALE** Dottor _____

◇ per ricong. familiare ◇ per prima scelta ◇ per cambio medico ◇ per rinnovo

Con : _____ Rapp. parentela : _____

☐ **PEDIATRA** Dottor _____

◇ per ricong. familiare ◇ scelta nuovi nati ◇ per cambio medico ◇ per rinnovo

Con : _____ Rapp. parentela : _____

☐ **La REVOCA del Medico Dottor _____**

◇ per domicilio temporaneo altra regione ◇ per nuova scelta

☐ **DUPLICATO TESSERA SANITARIA (TS)** ☐ per furto/smarrimento ☐ mancato recapito ☐ scadenza

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° _____

e di essere domiciliat. a _____ via _____ N° _____

◇ che i sopraindicati familiari sono residenti a _____ via _____ N° _____

e domiciliati a _____ via _____ N° _____

Vasto, _____

firma del richiedente _____

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.