



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/DI ATTO DI NOTORIETA'**  
Rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il ..... /..... /.....  
a ..... prov. ....

consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

- di essere residente a ..... prov .....  
via/c.so/p.za ..... n°... tel. .... cell.....
- che la propria ASL di residenza è la seguente: ..... n. ....  
Via ..... Città ..... prov. ....  
Telefono ..... mail .....

**NEL CASO DI PRIMA RICHIESTA:**

- che l'ASL di ultima iscrizione è la seguente: ..... n. ....  
Via ..... Città ..... prov. ....  
Telefono ..... mail .....
- di scegliere quale Medico di Medicina Generale o Pediatra di Base, per sé e per i propri familiari  
il/la Dott. ....

**NEL CASO DI RINNOVO:**

- che l'ASL di ultima iscrizione è l'ASL TO5, con decorrenza dal ..... e che da tale data a tutt'oggi non si è iscritto in altra Azienda Sanitaria e non ha quindi scelto altro medico di famiglia.
- di scegliere quale Medico di Medicina Generale o Pediatra di Base, per sé e per i propri familiari  
il/la Dott. ....

**CHIEDE**

- L'ISCRIZIONE** nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L
- IL RINNOVO** dell'iscrizione nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L

Con domicilio a ..... all'indirizzo ..... presso  
..... telefono n..... per un periodo non inferiore a  
tre mesi, dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo: .....

**(BARRARE L'IPOTESI CHE INTERESSA)**

<input type="checkbox"/>	<b>MOTIVI DI LAVORO</b> <input type="checkbox"/> <b>Allego:</b> - <b>se lavoratore dipendente</b> dichiarazione su carta intestata della Ditta con indicazione durata temporale del contratto - <b>se lavoratore autonomo</b> : visura camerale	L'iscrizione viene effettuata per la durata del contratto e comunque per un massimo di un anno ed è rinnovabile, se persistono i requisiti.
<input type="checkbox"/>	<b>MOTIVI DI STUDIO</b> <input type="checkbox"/> <b>Allego:</b> Certificato di frequenza per corsi di studio (rilasciato dall'Ente con l'indicazione della durata del corso. <input type="checkbox"/> <b>Autocertifico:</b> di essere iscritto presso l'ente scolastico:  indirizzo: _____	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)  Città _____ nell'anno: _____
<input type="checkbox"/>	<b>MOTIVI DI SALUTE</b> <b>Allego:</b> certificato rilasciato dall'Ospedale che ha in carico il paziente o dallo Specialista di Struttura Pubblica o dal Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.	Dalla relazione sanitaria deve risultare: ➤ la necessità del soggiorno temporaneo con indicazione dei motivi di salute. ➤ l'eventuale necessità di assistenza da parte di un familiare ➤ l'indicazione della durata Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>OSPITE NELLA CASA DI RIPOSO O IN COMUNITA'</b> <b>Allego:</b> dichiarazione del direttore o del responsabile della struttura	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>BAMBINO IN AFFIDAMENTO</b> <b>Allego:</b> documentazione comprovante	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>DETENUTI IN ATTESA DI GIUDIZIO</b> <b>Allego:</b> documentazione comprovante	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>RELIGIOSI</b> <b>Allego:</b> documentazione comprovante	Scelta del medico non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)

Chiede inoltre  **l'iscrizione** per i seguenti familiari a carico:

cognome e nome	Luogo di nascita	Data nascita	Relazione di parentela

**DOCUMENTI DA PRODURRE:**

- TESSERINO SANITARIO DELL'ASL DI RESIDENZA ( in originale)
- CERTIFICATO DI CANCELLAZIONE DAGLI ELENCHI DELL'ASL DI RESIDENZA O AUTOCERTIFICAZIONE

I dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda, titolare del trattamento, ai sensi del nuovo regolamento sulla privacy .

Il sottoscritto preso atto di quanto sopra, sottoscrive le indicazioni rese e contemporaneamente concede il consenso al trattamento dei dati.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA AL MEDICO DEL DISTRETTO**

- SI AUTORIZZA** LA DOMICILIAZIONE PER MOTIVI SANITARI PER IL SEGUENTE PERIODO : .....
- NON SI AUTORIZZA** LA DOMICILIAZIONE PER MOTIVI SANITARI PER IL SEGUENTE MOTIVO : .....

Data, \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico