



MOD.C

**ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
MODULO PER CITTADINI DOMICILIATI TEMPORANEAMENTE NELL'ASP DI RAGUSA**

Io sottoscritt _____
Cittadin _____ nat _____
il _____ cod.fiscale _____ residente nel
Comune di _____ via _____
con domicilio provvisorio a _____ via _____

CHIEDO

per me e per i seguenti familiari conviventi, la iscrizione temporanea negli elenchi del S.S.N. gestiti da codesta Azienda, dalla data odierna, in quanto dimoranti a _____ per un periodo superiore a tre mesi, per motivi di:

STUDIO **LAVORO** **SALUTE**
(barrare la voce che interessa)

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RAPP. PARENTELA

Consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/200, sotto la mia responsabilità personale dichiaro di:

di essere lavoratore dipendente alle dipendenze di _____;

di essere lavoratore autonomo iscritto alla Camera di Commercio di _____
all'Albo o Ordine professionale dei _____;

di essere titolare di pensione erogata da Stato Italiano (cat. _____ dec. _____);

di essere studente iscritto presso _____;

di essere già iscritto ____, con il codice _____ negli elenchi dell'ASL di _____ Regione _____, alla quale chiedo, per me e per i familiari sopra elencati la cancellazione dagli elenchi dei rispettivi medici di fiducia;

ovvero dichiaro che

nessuno dei nominativi di cui alla presente richiesta è iscritto presso altra ASL o Servizio Sanitario estero;

mi impegno di segnalare tempestivamente qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione sopra rappresentata

Città _____

firma _____

Allegati:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dichiarazione dell'ASL di residenza | <input type="checkbox"/> dichiarazione datore di lavoro/iscrizione Albo o Ordine |
| <input type="checkbox"/> certificati anagrafici | <input type="checkbox"/> certificato di studio |
| <input type="checkbox"/> certificati medici | <input type="checkbox"/> tessera di iscrizione all'ASL di provenienza |
| <input type="checkbox"/> fotocopia documento di riconoscimento | |

RISERVATO ALL'ASL DI RESIDENZA

Si attesta che i nominativi sopra elencati non sono iscritti negli elenchi di questa Azienda a decorrere dal _____

timbro ASL

firma _____