

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ Residente a _____

via _____ n. _____ cap _____

Domiciliato a _____ in via _____ n _____

Cap _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

n. tel. _____

(barrare la voce che interessa)

Si raccomanda di compilare tutte le voci interessate senza tralasciarle.

Scegliere per me quale medico di fiducia.

1) scelta il Dott _____

2) scelta il Dott _____

Revocare per me il Dott. _____

Per ricongiungimento familiare

(Nel caso di altri componenti/e del nucleo familiare già a carico del medico richiesto.)

Si precisa che nel caso di scelta di Medico massimalista, si procederà all'assegnazione di un medico d'ufficio.

Dare il consenso barrando una casella.

Indicare Codice Fiscale del familiare _____

SI

NO

Scegliere per mio figlio/a

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ nato/a _____

Codice Fiscale _____

Iscrizione al servizio sanitario e scelta del pediatra 1) scelta il Dott _____

2) scelta il Dott _____

rilascio dell'attestato di esenzione ticket.

domanda di iscrizione temporanea dei non residenti nell'elenco degli assistiti

(barrare la voce che interessa) STUDIO LAVORO SALUTE ANZIANO O DISABILE (che necessita di assistenza da parte dei familiari.)

rinnovo/rilascio Tessera di iscrizione temporanea per Cittadini UE - EXTRA UE
(allegare permesso di soggiorno in corso di validità)

A tal fine allego copia del mio documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data _____

FIRMA _____