

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

PORTA CON TE QUESTO MODULO ALLO SPORTELLO DISTRETTUALE

II/La sottoscritto/a _____,
 nato/a _____ prov. (____) il _____ CF _____
 _____, residente a _____
 in via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, per formazione e uso di atti falsi (art. 76 DPR 445 del 28-12-2000),

DICHIARA

Di essere domiciliato a _____ in via _____ n. ____
 per un periodo di n. mesi _____ (oltre 3 massimo 12) per il seguente motivo Circolare
 Ministero Sanità n. 1000/1984-Accordo 8/5/2003 Conferenza Stato Regioni:

- Lavoro presso- specificare nome del datore di lavoro, sede e tipologia di contratto
 (allegare) _____
 (indicare eventuali familiari di cui si chiede l'iscrizione (dati anagrafici, codice fiscale)

- Studio presso specificare nome dell' Istituzione scolastica/Università sede (allegare)

- Salute (allegare attestazione del medico) _____

Se la domiciliazione è dovuta a motivi di salute è necessario presentare il certificato di un medico specialista di questa Azienda Ulss che attesti il bisogno di cure presso una struttura del territorio di questa Azienda Ulss.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196 del 30/06/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

firma dell'interessato

ATTENZIONE

Gli utenti non residenti ma domiciliati nel territorio dell'Ulss5 per motivi di salute, lavoro o studio che intendono effettuare la scelta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta in questa Azienda Ulss **devono avere prima obbligatoriamente effettuato la revoca del medico assegnato presso l'Azienda Sanitaria di residenza.**

ID-19/03/2024