



Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____
 (SOLO PER LE PRIME SCELTE)

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	CODICE FISCALE (solo per le prime scelte)

- L'ISCRIZIONE come **RESIDENTE** Il RINNOVO dell'iscrizione temporanea come **STRANIERO**

La SCELTA del Medico

- MEDICINA GENERALE** Dottor _____
 ◇ per prima scelta ◇ per cambio medico ◇ per rinnovo
 ◇ ricong.ne fam. con : _____ Rapp. Parentela : _____

- PEDIATRA** Dottor _____
 ◇ scelta nuovi nati ◇ per cambio medico ◇ per rinnovo
 ◇ ricong.ne fam. con : _____ Rapp. Parentela : _____

- La **REVOCA** del Medico Dottor _____
 ◇ per domicilio temporaneo altra regione ◇ per nuova scelta

IL CAMBIO DEI DATI ANAGRAFICI

- DUPLICATO DELLA TESSERA SANITARIA (TS) per furto o smarrimento.**

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° _____
 ◇ che i sopraindicati familiari sono residenti a _____ via _____ N° _____
 ◇ di essere già iscritt_ negli elenchi della A.S.L. _____ Regione _____
 ▪ della quale allego la dichiarazione di avvenuta cancellazione
 ▪ della quale chiede la cancellazione dall'elenco assistiti del Medico di Base
-
- ◇ di non essere iscritt_ presso nessuna A.S.L. o S.S.N. estero.

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.