Azienda Usl Toscana sud est
via Calamandrei 173, 52100 Arezzo
P.I. e C.F. 02236310518 – tel. 0575 2551
www.uslsudest.toscana.it - email: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA PER DOMICILIO SANITARIO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000

Io sottoscritto/a _____ _____
cognome nome

natio/a nel Comune di _____ prov. _____ il _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ prov. _____ via/piazza _____ n° _____

Tel _____ /cell. _____ e-mail _____

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA SUD EST

○ per me stesso ○ per _____ Codice Fiscale _____
Cognome Nome

nat_ a _____ il _____

in qualità di: ○ Genitore del minore ○ Tutore ○ Affidatario di minore
a seguito di provvedimento del Tribunale dei minori allegato

l'**iscrizione temporanea**, con **scelta del medico** Dr _____, negli elenchi degli assistiti dell'Azienda USL Toscana Sud Est per elezione del domicilio sanitario nel Comune di _____ via/piazza _____ n° _____

(Info: il domicilio ha una durata massima di 1 anno rinnovabile da parte dell'interessato presentando una nuova richiesta.)

SONO CONSAPEVOLE

che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal D. Lgs 196/2003 e pertanto saranno utilizzati, anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi . A tale scopo autorizzo l' AUSL Toscana Sud Est ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al/ai medico/i di fiducia scelto per me e per i suddetti familiari , nonché al rispettivo sostituto/i. **Sono altresì consapevole che la presente istanza/dichiarazione verrà trasmessa alla Asl di residenza in quanto le vigenti disposizioni prevedono che si possa scegliere un nuovo medico previa revoca del precedente.**

PRENDO ATTO

che in caso di mancato rinnovo alla scadenza dell'iscrizione l'Azienda USL Toscana Sud Est provvederà alla cessazione d'ufficio dell'assistenza per me e/o familiari sopra elencati. Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità

Che il domicilio sanitario avrà una durata superiore a 3 mesi e fino ad un massimo di 1 anno dal _____ al _____ e che in tale periodo sussiste una delle condizioni sotto indicate:

Motivi di lavoro

☐ di essere lavoratore dipendente presso _____ Comune _____

via/piazza _____ N.posizione INPS _____

☐ di essere lavoratore autonomo iscritto alla Camera di Commercio di _____ Albo/Ordine _____ di _____ con sede dell'attività nel Comune di _____

☐ di essere iscritto al Centro per l'Impiego di _____ Info: in questo caso il domicilio non è rinnovabile

Motivi di studio

☐ di essere studente iscritto presso _____ con matricola n. _____

Motivi di salute

☐ motivi di salute Info: allegare certificazione Medico Specialista di struttura pubblica o Medico del distretto

Altri motivi

☐ per assistere in maniera continuativa il Sig. _____

residente a _____ in qualità _____

☐ per ricevere assistenza in maniera continuativa dal Sig. _____

residente a _____ in qualità _____

☐ di essere in stato di semilibertà (Info:allegare copia del provvedimento) presso _____

Comune _____ Via/Piazza _____

☐ di essere militare di carriera in distacco temporaneo presso _____

☐ di prestare servizio civile presso _____

☐ di essere di essere religioso (fino alla professione dei voti) presso l'Istituto religioso _____

☐ di essere ricoverato in istituto di cura o RSA _____ Comune _____

☐ per ricongiungimento al familiare _____

già iscritto nell'elenco dell'ASL Toscana Sud Est come:

☐ domicilio sanitario

☐ residente (indirizzo) _____ (info: rinnovabile una sola volta)

Data _____

Firma del dichiarante _____

Estremi del documento del dichiarante _____

_____

(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)*

* Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori

Firma dell'operatore _____