

## 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 sottoscritt \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Cognome Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
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

### DICHIARO

- che presso la Asl \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ ho provveduto a chiedere la revoca del medico/pediatra Dr. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ e di non aver scelto attualmente nessun medico in altre Aziende Sanitarie Italiane;
- 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'operatore \_\_\_\_\_

**COMUNICAZIONE ASL RESIDENZA**

All'Azienda USL \_\_\_\_\_

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario dei nominativi sopraelencati presso questa AUSL Toscana Sud Est con scelta del medico Dr. \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_  
mezzo di comunicazione: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro AUSL \_\_\_\_\_