

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.e ii.)

CITTADINI DELL'UNIONE EUROPEA

che beneficiano dell'iscrizione obbligatoria al S.S.N.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 /2000 e ss.mm. e ii. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non aver effettuato scelta del Medico di base presso altra ASL
- di aver presentato al Comune i documenti per l'iscrizione anagrafica
- di non essere iscritto alla mutualità del Paese di origine
- opzione A) di non avere titolo all'iscrizione al SSN a carico dell'Istituzione di uno Stato membro
- opzione B) di avere titolo all'iscrizione al SSN a carico di uno Stato membro in quanto titolare di modello E106, E121, E109, E120, in particolare:
 - di essere un lavoratore (o familiare) distaccato in Italia da un'Azienda con sede in altro Stato membro (E106);
 - di essere un pensionato (o familiare) di sola Istituzione altro Stato membro (E121);
 - di essere familiare (residente in Italia) di lavoratore occupato presso altro Stato U.E. (E109);
 - di essere richiedente (o familiare) la pensione di un altro Stato U.E. (E121);
 - di essere familiare di disoccupato (E106);
 - di essere studente che segue un corso di studio in Italia (E106).
- di informare tempestivamente l'Azienda Sanitaria n. _____ di ogni cambiamento delle situazioni sopraelencate;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- che i propri familiari seco conviventi a carico e regolarmente soggiornanti sono:

1) Cognome Nome data di nascita luogo di nascita parentela
Codice Fiscale

2) Cognome Nome data di nascita luogo di nascita parentela
Codice Fiscale

3) Cognome Nome data di nascita luogo di nascita parentela
Codice Fiscale

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 444/2000 e ss.mm. e ii, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante , all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.