

REGIONE CAMPANIA

ASL	DISTRETTO SANITARIO N.
-----	------------------------

ISCRIZIONE AL SSR E CONVENZIONE MEDICO MEDICINA GENERALE O PEDIATRA LIBERA SCELTA

Il Sottoscritto: _____
 nato il _____ CF _____
 Se fiscalmente a carico di altro soggetto, indicarne il _____
 CF _____

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00:

a Di essere in possesso della cittadinanza italiana oppure _____
b di essere residente nel Comune _____ di _____ Prov. _____
 via - Frazione - n. civico _____
c event.le Comune di domicilio temporaneo in _____ ASL _____
 via - Frazione - n. civico _____
 per motivi di lavoro di studio per ricevere cure
d che il precedente Comune di RESIDENZA Italiano o Paese Estero è stato: _____ fino al _____
e che il capofamiglia è titolare di pensione estera. In caso affermativo indicare il Paese: _____ dal _____
f che il capofamiglia è titolare in Italia di reddito da lavoro di pensione contributiva senza reddito
g di essere in possesso del sottoindicato attestato di diritto per la iscrizione al SSR
 Modello _____ Codice Istituzione Estera _____ Data rilascio _____ valido dal _____
 Denominazione Istituzione Estera _____

h di scegliere quale MMG _____
 per se e per i seguenti familiari a carico del soggetto indicato in intestazione

Cognome e Nome	Parentela	CODICE FISCALE

i di scegliere quale PLS _____
 per i seguenti familiari a carico del soggetto indicato in intestazione

Cognome e Nome	Parentela	CODICE FISCALE

l eventuale revoca del Medico precedente: _____

data	firma
------	-------

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.lgs. 196/2003, di acconsentire al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità strettamente connesse alla gestione del rapporto di cui alla presente istanza

data	firma
------	-------