

	SERVIZI ACCETTAZIONE E FRONT OFFICE - SPORTELLO UNICO -	Codice procedimento: 1/SAFO
		Termine per provvedere dalla richiesta: immediato
		Codice titolare: II.1.01.01.06

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 SAFO

SPETT.LE A.S.L. N. CN2

**ISTANZA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Ex Accordo Conferenza Stato-Regioni del 08/05/2003
(CITTADINI ITALIANI, COMUNITARI ED EXTRACOMUNITARI DOMICILIATI)**

Il/La sottoscritto/a _____ tel. _____

codice fiscale n. _____

indirizzo e. mail _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76, nel caso di dichiarazioni non veritiere di falsità negli atti e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del D.P.R.445/2000.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R. 445/2000,

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente in _____ via _____

di essere inserito nell'anagrafe sanitaria dell'ASL di residenza con scelta medico/senza medico

di essere domiciliato a _____ in via _____

per un periodo di durata superiore ai 3 mesi e precisamente fino al _____ per motivi di

LAVORO

di essere lavoratore dipendente presso la Ditta _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato fino al _____

di essere lavoratore autonomo iscritto con n° _____ alla Camera di
Commercio di _____ posizione INPS/INAIL n° _____

SALUTE (allega certificato medico attestante la necessità del soggiorno e durata del medesimo)

STUDIO

che il nucleo familiare cui appartiene è composto da :

COGNOME E NOME	Luogo e data di nascita	Rapporto parentela	A carico

CHIEDE

l'iscrizione temporanea

nell'elenco degli assistiti **NON RESIDENTI** nel territorio dell'A.S.L. CN 2 Alba/Bra

nell'elenco degli assistiti **RESIDENTI** che hanno il **DOMICILIO fuori dell'ambito di residenza** per sé ed i familiari a carico, come sotto indicato:

COGNOME E NOME	Codice Fiscale	Medico scelto

e **Si IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di domicilio o di rientro anticipato nel comune di residenza.

Data _____

Firma _____



Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 SAFO

MODELLO DI DELEGA

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente in _____ Via _____
documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____
numero _____ rilasciato il _____
con scadenza il _____ dal _____

DELEGO

il/la Sig. ra _____ nato/a _____
il _____ residente in _____ Via _____ a:

- scegliere per me quale medico di fiducia il Dott. _____
- revocare per me il Dott. _____
- al rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket.
- duplicato della tessera sanitaria e/o tessera sanitaria europea (TEAM)
- duplicato esenzione ticket
- (altro) _____

A tal fine allego copia del mio documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data _____

in fede

La presente istanza viene sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario incaricato

La presente istanza viene sottoscritta dal delegato, previa esibizione di un valido documento di riconoscimento, e presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento del delegante.

Ricevuta il _____

Firma del Funzionario
