

# DOMANDA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA PER DOMICILIO SANITARIO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000



lo sottoscritt \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nat \_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

cod. fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 cittadinanza \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/pza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA CENTRO

per me stesso

per \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

in qualità di  genitore del minore  tutore  affidatario di minore (a seguito di provvedimento del Tribunale dei Minori di cui allego copia)

l'**iscrizione temporanea**, con **scelta del medico**, negli elenchi degli assistiti dell'Azienda USL Toscana centro per elezione del

domicilio sanitario nel Comune di \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e che sia assegnato il dott. \_\_\_\_\_

**Nota: il domicilio ha una durata massima di 1 anno rinnovabile da parte dell'interessato presentando una nuova richiesta**

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:

<http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



A tale scopo autorizzo l'AUSL Toscana centro 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 centro 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 MMG/PDF Dr. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
e di non aver scelto attualmente nessun MMG/PDF 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/matricola aziendale \_\_\_\_\_  
(dato acquisibile dalla busta paga)

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 \_\_\_\_\_  
**Nota: nel caso di iscrizione al centro per l'impiego il domicilio non è rinnovabile**

**MOTIVI DI STUDIO**

di essere **studente** presso \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_

**MOTIVI DI SALUTE**

motivi di salute *(Nota: allegare certificazione del medico specialista di struttura pubblica o del 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 *(Nota: allegare copia del provvedimento)*  
presso \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_
- di essere militare di carriera in distacco temporaneo
- di prestare servizio civile presso \_\_\_\_\_
- 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 Sig./ra \_\_\_\_\_  
già iscritto nell'elenco dell'ASL Toscana centro per
- domicilio sanitario nel Comune di \_\_\_\_\_
- residente a \_\_\_\_\_ *(Nota: rinnovabile una sola volta)*

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO** Presidio di \_\_\_\_\_

Estremi del documento del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_

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

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario dei nominativi sopraelencati presso l'AUSL Toscana centro con scelta del medico

Dr. \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

(firma e timbro AUSL)