

	SERVIZI DI ACCETTAZIONE OSPEDALIERA E FRONT OFFICE - SPORTELLINO UNICO -	Codice procedimento: 2/DAPO
		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 DAPO

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 DAPO

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 _____