

REGIONE CAMPANIA

ASL SALERNO

DISTRETTO SANITARIO N. 63

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

Il Sottoscritto: _____

nato il _____ CF _____

Serialmente a carico di altro soggetto, indicare il CF _____

Contapevole 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 _____ 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 cura

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 _____