



MODELLO PER ASSISTITI RESIDENTI - CITTADINANZA ESTERA
RICHIESTA SCELTA/REVOCA MEDICO MEDICINA GENERALE O PEDIATRA LIBERA SCELTA

Il Sottoscritto:

nato il

CF

CF del Capofamiglia

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, e della decadenza degli eventuali benefici ricevuti in seguito ad esse, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000:

DICHIARA

a Di essere **cittadino**

b di essere residente nel Comune di

via/piazza

c Tel.: _____

mail: _____

d di provenire dal **Comune Italiano** o dal **Paese Estero**:

dal _____

e ☐ di essere in possesso di un attestato di diritto estero per la iscrizione al SSR, che si allega.

f Di avere Permesso di soggiorno (o aver fatto richiesta di permesso) per _____

(di cui si allega copia)

g Di avere un contratto di lavoro italiano

(di cui si allega copia)

CHIEDE

L'iscrizione nella Anagrafe Sanitaria di questa ASL, e

h di **poter scegliere quale MMG**

per se e per i seguenti familiari a carico

Cognome e Nome

Parentela

CODICE FISCALE

i di **poter scegliere quale PLS**

per i seguenti familiari a carico

Cognome e Nome

Parentela

CODICE FISCALE

l **eventuale revoca del Medico precedente:**

Inoltre dichiara che nessuna delle persone scritte sopra, è iscritta presso altra ASL o Servizio Sanitario Estero
 Di segnalare tempestivamente qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione sopra dichiarata.

data _____

Firma _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.lgs. 196/2003, e della Normativa Europea sulla privacy - GDPR - 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 _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Copia documento di identità;
- Per neonato: Copia del Codice Fiscale provvisorio;
- copia Tessera Sanitaria (per i cambi medico).