REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA ASL 7 CARBONIA - IGLESIAS

DOMANDA ISCRIZIONE TEMPORANEA NEGLI ELENCHI ASL 7

Il sottoscritto **nato a** **il**

residente a **in via** **C.F.**

chiede l'assistenza temporanea per n° **mesi nei confronti del dott.**

AUTOCERTIFICA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'.

che il motivo della richiesta è :(barrare con **X** **)**

☐ **1)LAVORO**

☐ **2)STUDIO**

☐ **3)SALUTE**

☐ **4)OSPITALITA'**

☐ **5) AFFIDO**

Data **firma**

L'iscrizione temporanea negli elenchi di una A.S.L. può essere concessa in favore di cittadini non residenti per un periodo di tre mesi e per un massimo di un anno (rinnovabile su richiesta dell'interessato) o per tutta la durata del contratto di lavoro o del corso universitario o di studi o di corso professionale o per motivi di salute, per le seguenti condizioni :

1) LAVORO iscrizione temporanea (estensibile ai familiari) per tutta la durata del contratto di lavoro.
Documentazione: certificato del datore di lavoro o autocertificazione.

2) STUDIO.
Certificazione: certificato di frequenza (o autocertificazione) **indicante la durata del corso.**

3) SALUTE.
Documentazione: certificato medico che **attesti la necessità** ed il motivo per cui è **indispensabile** soggiornare in una determinata località.

4) OSPITALITA' presso un proprio familiare
Documentazione: autocertificazione in cui è indicato il **nome e cognome e il grado di parentela del parente ospitante.**

5) MINORI in AFFIDO
Documentazione: autocertificazione

Oltre la documentazione specifica per ciascun dei motivi sopraelencati, dovranno essere prodotti i seguenti documenti :
-codice fiscale o tessera sanitaria
-domanda di iscrizione temporanea

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL DI CARBONIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 E 47 DEL D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 N° 445)

All'Ufficio Scelta / Revoca
Distretto Sanitario

Il sottoscritto _____ C.F. _____

Nato a _____ prov _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Documento di riconoscimento _____ n° _____

Rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000

Dichiara
(barrare le caselle relative alle dichiarazioni che interessano)

- ☐ **di essere nato in data e luogo sopra riportati;**
- ☐ **di essere residente nel luogo sopra riportato;**
- ☐ **di essere cittadino italiano;**
- ☐ **di essere iscritto nell'anagrafe del Comune di** _____
- ☐ **di non essere iscritto all'A.I.R.E. (anagrafe dell'Italiani residenti all'estero)**
- ☐ **di essere disoccupato;**
- ☐ **di essere nella seguente posizione in relazione agli obblighi di leva** _____
- ☐ **di non essere marittimo;**
- ☐ ALTRO _____

che il proprio nucleo familiare si compone di :

cognome nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela

Autorizza ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003 n.196 il trattamento dei dati personali e la loro comunicazione per gli adempimenti di legge derivanti dal presente atto.

Carbonia _____

Il dichiarante

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
(Art 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All'Ufficio Scelta e Revoca
Distretto Sanitario di Carbonia

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL D.LGS 196/2003

Attestato di esenzione

N°_____

Il sottoscritto _____ C.F. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____, in qualità di _____

del paziente Sig. _____.

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI DA PARTE DEI SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI, PUBBLICI CONVENZIONATI O ACCREDITATI DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, CON RIGUARDO ALLA PRESCRIZIONE ED EROGAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ESENZIONE.

Carbonia, _____

Il Dichiarante

_____

(3)

Dichiarazione sostitutiva

DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____, residente a _____ in via _____ n° __

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. N.445/2000.

DICHIARA

a codesto ufficio amministrativo, sotto la propria personale responsabilità, lo smarrimento in data e luogo imprecisato dei seguenti documenti:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art.37 D.P.R. 28 dicembre 2000,n.455

Carbonia_____

_____

firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

(4)

Servizio Sanitario Regione Sardegna

Azienda U.S.L. n°

SERVIZIO MEDICINA DI BASE

Ufficio scelta e revoca del medico

ddì ___/___/___.

Alla Direzione del Servizio
S E D E

Sottoscritto, _____ Nato a _____

_____, Cod. Fis. _____

sidente a _____ via _____ n. _____

el. _____, cod. reg. _____

carico assistiti con il dr. _____ nell'ambito di _____

onsapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di ti falsi, richiamati dall'art.76 del DPR n. 445 del 28 Dicembre 2000,

Chiede di poter effettuare la scelta del medico

uori l'ambito di residenza, ai sensi della direttiva della R.A.S - Assessorato Igiene anità del 11.06.03, prot. n. 22656/5 (Consiglio di Stato n. 701/2002):

☐ per se medesimo;

☐ per i sotto indicati componenti familiari:

1. _____
2. _____
3. _____

n favore del Dr. _____

quale opera nell'ambito territoriale di _____

irma e timbro del medico per accettazione

Dr. _____

Firma del richiedente

_____

ss asl/ta