

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 _____

se fisicamente a carico di altro soggetto, indicarne il CF _____

Consapevole 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 di _____ prov. _____
via – Frazione – n. civico _____
- c) eventuale Comune di domicilio temporaneo in ASL _____ prov. SA _____
via – Frazione – n. civico _____
per motivi di lavoro studio per ricevere cure
- 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 titolare di in Italia pensione contributiva senza reddito
- g) Di essere in possesso del sottoindicato attestato di diritto per la iscrizione al SSR
Modello _____ Codice Istituzione estera _____ Data di 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
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- j) Eventuale **revoca del Medico precedente** _____

data _____ firma _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.lgs. 196/2008, 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 _____

ASL SALERNO
ISCRIZIONE AL SSR

Il sottoscritto/a _____
nato il _____ CF _____
residente in _____
via _____ / tel: _____
domiciliato/a in _____
via _____
motivo del domicilio _____
consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto
prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s. mm.ii.

DICHIARA

di non essere iscritto all'AIRE (Anagrafe Italiani Residenti all'Estero), oppure
 di essere cittadino/a _____
proveniente da (Stato estero o altro comune italiano) _____
iscritto AIRE (Comune di) _____
di essere titolare di pensione estera: NO SI Stato _____
familiari fisicamente a carico:

Cognome e Nome	Parentela	CODICE FISCALE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

di essere titolare di pensione italiana da lavoro (categoria) _____
 di essere lavoratore migrante (lavoratore all'estero) _____
stato estero nazionalità datore di lavoro _____
con i seguenti familiari a carico:

Cognome e Nome	Parentela	CODICE FISCALE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

di essere familiare di lavoratore migrante in _____
 di essere titolare di contratto di lavoro italiano datato (solo per stranieri UE) _____
 di essere titolare di permesso di soggiorno per motivi (solo stranieri extra UE) _____

Data _____ firma _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.lgs. 196/2008, 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 _____

Allegare Documento di Identità e Codice Fiscale