

**RICHIESTA ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
MODULO PER CITTADINI DOMICILIATI TEMPORANEAMENTE NELLA ASLROMA 6**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ provincia di _____ il _____

Residente nel Comune di _____ provincia di _____

In via _____

Iscritto negli elenchi assistiti della Azienda Sanitaria Locale di _____

CHIEDE

L'iscrizione negli elenchi degli assistiti di codesta ASL per un periodo di mesi _____

DICHIARA

di essere domiciliato nel Comune di _____

in via _____ Telefono _____

per motivi di lavoro _____

(indicare estremi identificativi del datore di lavoro o attività professionale effettuata per conto di...)

familiari a carico _____

per motivi di studio _____

(indicare estremi della scuola/corso universitario)

per motivi di salute _____

(indicare il codice dell'esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e successive integrazioni,
D.M. 279/01 e/o il codice dell'esenzione per invalidità)

età >75 anni _____

inserimento in Comunità protetta presso _____

minori in affido/in attesa di adozione _____

Data _____

Firma _____

Se l'istanza è inviata per posta, per via telematica o per mano di terzi, si deve allegare copia non autentica del proprio documento di identità in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 196/2003: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.