

**ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 MODULO PER CITTADINI ITALIANI e STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ via _____

DICHIARA

- di essere nato a il
- di essere residente a via..... n.
- [] di essere cittadino italiano [] di essere cittadino _____
- la nascita del/della figlio/a
 nato/a a il
- il decesso di in data
- che la propria famiglia è così composta:

Parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Data.....

Firma.....

La firma non deve essere autenticata né necessariamente apposta in presenza dell'impiegato dell'ente cui la presente dichiarazione è indirizzata (art. 46 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.