

**DOMANDA D'ISCRIZIONE TEMPORANEA PER DOMICILIO SANITARIO
DI CITTADINO FUORI DALLA PROPRIA ASL DI RESIDENZA**

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____ telefono _____

cittadinanza _____ Cod. Fiscale _____

residente a _____ CAP _____ via/pza _____ n. _____

telefono _____ indirizzo e-mail _____ @ _____

CHIEDO

l'iscrizione temporanea, con scelta del medico, negli elenchi degli assistiti dell'Azienda Sanitaria Locale Roma _____, per me e per i seguenti familiari residenti e domiciliati col sottoscritto che, se maggiorenni, confermano la presente richiesta sottoscrivendola, allegando copia del documento d'identità (oppure rilasciando apposita delega) per elezione domicilio

sanitario nel Comune di _____ via/pza _____ n. _____

per un periodo superiore a tre mesi dal _____ al _____

(il domicilio ha scadenza max 1 anno dalla richiesta con possibilità di rinnovo su richiesta; il ricongiungimento familiare a residente e l'iscrizione al Centro per l'impiego può essere rinnovato una sola volta) per motivi di:

STUDIO LAVORO SALUTE

(barrare la voce che interessa)

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Data di nascita	Comune di Nascita	Cittadinanza

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità AUTODICHIARO di:

essere lavoratore dipendente presso l'Azienda/Ente _____
con sede nel Comune di _____ via/pza _____ n. _____
n. posizione INPS _____

essere lavoratore autonomo iscritto alla Camera di Commercio di _____
Albo/Ordine dei _____ di _____ con sede dell'attività nel Comune
di _____

ricongiungimento al familiare Sig/a. _____ già iscritto/a nell'elenco dell'ASL ROMA _____
per domicilio sanitario temporaneo per lavoro e/o per residenza nel Comune di _____

di essere iscritto al Centro per l'Impiego del Comune di _____

essere studente iscritto presso l'istituto scolastico _____
posto nel Comune di _____

di prestare assistenza continua al familiare Sig./a _____

residente nel Comune di _____

per ricevere assistenza in maniera continuativa dal familiare Sig. _____

residente nel Comune di _____

altro:

servizio civile

ricovero istituti o case di riposo, militari di carriera, religiosi presso _____

posto nel Comune di _____

stato di semilibertà (allegare copia del provvedimento)

minore in affidamento a _____ con provvedimento

(indicare gli estremi del provvedimento) _____

essere già iscritto/a negli elenchi dell'Asl di _____ Regione _____

alla quale chiedo, per me e per i familiari sopra elencati, la cancellazione dagli elenchi dei rispettivi medici di famiglia.

Sono consapevole che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal D. Lgs 196/2003 e pertanto saranno utilizzati per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiести, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.N., e di comunicarli al /ai medico /i di fiducia da me scelto/i per me e per i suddetti familiari, nonché al/ai rispettivo/i sostituto/i
Sono altresì consapevole che verrà data comunicazione dell'elezione del domicilio sanitario all'Anagrafe del Comune competente per il domicilio stesso.

Mi impegno a segnalare tempestivamente all'Azienda U.S.L. ROMA Î qualunque variazione dovesse intervenire nella situazione sopra dichiarata.

(luogo e data)

(firma del dichiarante e dei familiari maggiorenni)

Allegati: tessera d'iscrizione all'ASL di residenza altro _____

documentazione sanitaria/certificato medico (da allegare per domicilio sanitario per motivi salute)

RISERVATO ALL'AZIENDA U.S.L. ROMA Î

- estremi del documento del dichiarate _____

- estremi dei documenti dei familiari maggiorenni _____

Firma dell'operatore _____

- All'Anagrafe del Comune di _____

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario diverso dalla residenza

- All'Azienda Sanitaria di _____

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario dei nominativi sopraelencati presso questa Azienda Sanitaria con scelta del medico

Dr. _____ con decorrenza dal _____

Data, firma e timbro ASL ROMA Î

RISERVATO ALL'ASL DI RESIDENZA

Si attesta che ai nominativi sopraelencati, iscritti come residenti presso questa Azienda Sanitaria, è stato revocato il medico di famiglia con decorrenza dal _____

Data firma e timbro ASL residenza _____