

## RICHIESTA REVOCA/SOSPENSIONE ISCRIZIONE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ESTERO (E 104)

Questo modulo può essere inviato unitamente ad una copia del documento di identità:  
- preferibilmente per email a [anagrafe@uslnordovest.toscana.it](mailto:anagrafe@uslnordovest.toscana.it)  
- per posta all'indirizzo: Azienda Usl Toscana Nord Ovest, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa

Io sottoscritto/a

nato/a il  a  prov.

codice fiscale

residente a

in via  n.  cap.

Tel.

email

Indirizzo PEC

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARO

di essermi trasferito all'estero, nel seguente Paese

in qualità di:  residente  domiciliato

al seguente indirizzo completo

di avere  non avere chiesto la cancellazione di residenza presso il comune di

### per la seguente motivazione:

per svolgere attività lavorativa

per motivi di studio

altro

### CHIEDO

la sospensione del medico di base dal\*  mantenendo l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale italiano.

\*indicare la data di inizio soggiorno nel nuovo paese,( a norma della circolare 11 maggio 1984: I soggetti, che, durante la loro permanenza fuori dal territorio nazionale, hanno diritto all'assistenza sanitaria da parte del Ministero della Sanità, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, dovranno essere cancellati dagli elenchi della medico-generica e pediatrica di libera scelta,nei casi in cui la permanenza all'estero si protragga per oltre un mese (art. 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526).

la revoca dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale dal

\*indicare la data in cui si è stati iscritti al sistema sanitario nel nuovo paese, allegando certificazione di iscrizione dove possibile

Eventuali familiari a carico che trasferiscono la residenza/domicilio all'estero:  
(cognome, nome, data di nascita e grado di parentela)

  
  

**DICHIARO** di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. I riferimenti per consultare l'informativa sul trattamento dati sono nel box a destra di questo modulo

 

(luogo e data)

Il Dichiaraente



### AIUTACI A RISPARMIARE CARTA E TEMPO!

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.

Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

### Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code



### Responsabile del procedimento

L'ufficio responsabile di questo procedimento è:

**UOC GESTIONE  
AMMINISTRATIVA  
ANAGRAFE ASSISTITI E  
PROTESICA**

Diretrice: Gabriella Scarselli