

**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 ai seguenti indirizzi:

anagrafe@uslnordovest.toscana.it e assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it

- per posta all'indirizzo: Azienda Usl Toscana nord ovest, UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa

Al Direttore Generale Azienda Usl Toscana nord ovest

Att.ne Ufficio Assistenza all'Estero

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 veritiere 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

per la seguente motivazione:

☐ per svolgere attività lavorativa

☐ per motivi di studio

☐ altro

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

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 [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 Dichiarante

Azienda USL Toscana nord ovest



Direttore

U.O.C. Gestione Amministrativa

Anagrafe Assistiti e Protesica

Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:

ICO "Gestione Assistenza e

autorizzazioni cure all'estero,

rilascio modulistica internazionale "

Dr. ssa Claudia Mazzaccheri

e mail:

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it

t

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili al seguente link : <https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503