



Azienda Usl Toscana nord ovest
via Cocchi, 7 56121 – Pisa
pec: direzione.uslhordovest@postacert.toscana.it

Modello 1/bisAnagrafe Assistiti

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER MINORI

Io sottoscritt _____ nat ____ il ____ / ____ / ____

a _____ Prov. _____ Residente a _____ Prov. _____

via/piazza _____ n. ____ cod. fiscale | _____

tel. _____ e.mail _____

in qualità di: PADRE MADRE

Io sottoscritt _____ nat __ il __ / __ / ____

a _____ Prov. _____ Residente a _____ Prov. _____

tel. _____ e.mail _____

in qualità di: PADRE MADRE

in qualità di: PADRE MADRE

- tutore/curatore/ amministratore di sostegno
 - affidatario di minore (allegare provvedimento del Tribunale dei minori)
 - delegato (allegare atto di delega firmato da entrambi i genitori e documenti di riconoscimento)

In caso di dichiarazione e firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle norme sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt.316, 337 ter, 337 quarter del codice civile)¹

CHIEDO

l'iscrizione al SSR, elenco assistiti dell'USL Toscana Nord Ovest, con scelta del PLS/MMG _____

a favore di:

Cognome	Nome
nat _ nel Comune di _____	prov. _____ il _____
Cittadinanza _____	
Codice Fiscale ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Residente nel Comune di _____ prov. _____ via/piazza _____ n° _____	
(per minore non residente in Italia riportare l'indirizzo di dimora/reperibilità) _____	

¹Ai sensi della normativa vigente, la scelta del PLS/MMG è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; - impedimento, lontananza o incapacità di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; - affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.

Cognome	Nome
nat _ nel Comune di _____	prov. _____ il _____
Cittadinanza _____	
Codice Fiscale ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Residente nel Comune di _____	prov. _____ via/piazza _____ n° _____
(per minore non residente in Italia riportare l'indirizzo di dimora/reperibilità) _____	

Cognome	Nome
nat _ nel Comune di _____	prov. _____ il _____
Cittadinanza _____	
Codice Fiscale ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Residente nel Comune di _____	prov. _____ via/piazza _____ n° _____
(per minore non residente in Italia riportare l'indirizzo di dimora/reperibilità) _____	

A tal fine si dichiara che:

- il minore NON è assicurato da altra Istituzione dell'UE (es. studente o familiare a carico di pensionato o lavoratore di altro Stato UE)
- il minore è assicurato da altra Istituzione dell'UE (*in questo caso allega alla presente originale del documento portabile S1 oppure E106, E109*)
- che il Permesso di Soggiorno del minore è stato richiesto/rilasciato per il Motivo di _____ presso la Questura di _____
- che *il riconciliamento familiare ai sensi dell'art. 36 comma 4 ACN -PLS è richiesto con:*

NOME E COGNOME _____ C.F. |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|
facente parte dello stesso nucleo familiare

Altro _____

Sono 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 confermo che quanto da me dichiarato nella presente istanza corrisponde a verità. **Sono consapevole** infine che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal D. Lgs. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs. 101/2018. e dal Regolamento UE 2016/679. Saranno utilizzati, oltre che in formato cartaceo anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al medico di fiducia da me scelto per me e per i suddetti familiari, nonché agli altri medici associati, al/i rispettivo/i sostituto/i .

Data _____ / _____ / _____

Firma dei/l genitori/e

.....