

pec: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA PER DOMICILIO SANITARIO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000

Io sottoscritt _____

nat. _ nel Comune di _____ prov. _____ il _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente nel Comune di _____ prov. _____ via/piazza _____ n° _____

Tel _____/cell. _____ e-mail _____

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA NORDOVEST

☐ per me stesso ☐ per _____

Cognome
Nome

Codice Fiscale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nat _____ a _____ il _____

in qualità di:

☐ Genitore del minore

□ **Tutore**

☐ **Affidatario di minore**
a seguito di provvedimento del Tribunale dei minori allegato

l'iscrizione temporanea, con scelta del medico Dr, negli elenchi degli assistiti

dell'Azienda USL Toscana Nordovest per elezione del domicilio sanitario nel Comune di _____

via/piazza _____ n° _____

Info: il domicilio ha una durata massima di 1 anno rinnovabile da parte dell'interessato presentando una nuova richiesta.

E' concesso solo ai residenti in altra Azienda USL, non è previsto per residenti in comuni appartenenti alla USL Toscana Nordovest

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 .

DICHIARO

che il domicilio sanitario avrà una durata superiore a 3 mesi e fino ad un massimo di 1 anno

dal _____ al _____ e che in tale periodo sussiste una delle condizioni sotto indicate:

Motivi di lavoro

☐ di essere **lavoratore dipendente** presso _____ Comune _____

via/piazza _____ N.posizione INPS _____

☐ di essere **lavoratore autonomo** iscritto alla Camera di Commercio di _____ Albo/Ordine _____

con sede dell'attività nel Comune di

☐ di essere iscritto al Centro per l'Impiego nell'ambito di Regione Toscana, comune di Info: in

questo caso il domicilio non è rinnovabile

Motivi di studio

☐ di essere **studente** iscritto presso _____ con matricola n. _____

Motivi di salute

☐ motivi di salute

Info: allegare certificazione Medico Specialista di struttura pubblica o Medico del distretto

Altri motivi

- ☐ per assistere in maniera continuativa il Sig. _____
residente a _____ in qualità _____
- ☐ per ricevere assistenza in maniera continuativa dal Sig. _____
residente a _____ in qualità _____
- ☐ di essere in stato di semilibertà (*Info: allegare copia del provvedimento*) presso _____
Comune _____ Via/Pza _____
- ☐ di essere militare di carriera in distacco temporaneo presso _____
- ☐ di prestare servizio civile presso _____
- ☐ di essere di essere religioso (fino alla professione dei voti) presso l'Istituto religioso _____
- ☐ di essere ricoverato in istituto di cura o RSA _____ Comune _____
- ☐ per ricongiungimento al familiare _____
già iscritto nell'elenco dell'ASL Toscana Nordovest come
- ☐ domicilio sanitario
- ☐ residente (indirizzo) _____ (*info: rinnovabile una sola volta*)

Data _____

Firma del dichiarante _____

Estremi del documento del dichiarante _____

Nel caso che la richiesta riguardi un soggetto minorenni _____

(firma dell'altro genitore)

In caso di 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 disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)¹

¹ Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra 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 o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.