

ASL Salerno

Azienda Sanitaria Locale Salerno

Il/la sottoscritto/a _____ cod. fiscale _____

nat. a _____ il _____ cittadinanza _____ Tel. _____

CHIEDE

- per sé per i seguenti nominativi che **FANNO / NON FANNO** parte del proprio nucleo familiare

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapp. parentela | CODICE FISCALE (solo per le prime scelte) |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- L'ISCRIZIONE** come **RESIDENTE** **IL RINNOVO** dell'iscrizione come **STRANIERO**

La SCELTA del Medico

- MEDICINA GENERALE** Dottor _____
 per prima scelta per cambio medico per ricong. familiare per rinnovo
- PEDIATRA** Dottor _____
 scelta nuovi nati per cambio medico per ricong. familiare per rinnovo

- La REVOCA del Medico Dottor _____
 per domicilio temporaneo altra regione per nuova scelta

IL CAMBIO DEI DATI ANAGRAFICI

- DUPLICATO DELLA TESSERA SANITARIA (TS) per furto o smarrimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO

(Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARA

- di essere residente a _____ via _____ N° _____
e di essere domiciliat. a _____ via _____ N° _____
- che i sopraindicati familiari sono residenti a _____ via _____ N° _____
e domiciliati a _____ via _____ N° _____
- di non essere iscritt. presso nessuna A.S.L. o S.S.N. estero;

Vasto, _____ firma del richiedente _____

Il sottoscritto consente, ai sensi degli artt. 11 e 20, L. 675/96, al trattamento e alla comunicazione dei dati che lo riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione.

Alla presente allegare documento di riconoscimento