Richiesta di iscrizione temporanea di assistiti non residenti

ASL BENEVENTO

Il sottoscritto_____nato/a a_____il_____

residente in_____alla via_____n_____tel_____

chiede

☐ per se stesso ☐ e per i familiari conviventi

L'iscrizione temporanea(*) negli elenchi dell'anagrafe assistiti di codesta Azienda, per motivi di:

☐ studio ☐ lavoro ☐ cure

(barrare la voce che interessa)

A tal fine, consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità personale dichiara di:

- Essere domiciliato in _____alla via_____
- Essere lavoratore dipendente presso_____
- Essere lavoratore autonomo_____
- Essere studente_____
- Avere quali familiari conviventi(**):

Cognome	Nome	Data di nascita	Relazione di parentela

(**) I familiari **maggiorenni** devono produrre delega e copia del Documento d'Identità in corso di validità

Documenti da produrre per sé e per i familiari:

- Attestato di cancellazione (per chi proviene da ASL di altre regioni)
- Tessera sanitaria magnetica (TEAM) in originale
- Documento d'Identità del richiedente in originale
- Per cure mediche allegare certificato medico di disponibilità

Data_____ Firma_____

(*) La scelta è a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno ed è espressamente prorogabile.

Con la firma del presente modulo autorizzo l'Azienda Sanitaria Locale Benevento a trattare i miei dati personali, anche di natura sensibile, per finalità di tutela della salute, con riferimento alle prestazioni da me richieste. Dichiaro inoltre, di aver ricevuto e compreso l'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali.

Firma_____