DOMANDA DI ISCRIZIONE DEGLI ASSISTITI NON RESIDENTI

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

□ PRIMA ISCRIZIONE □ RINNOVO

Alla Azienda Sanitaria Locale di BARI

Il/La sottoscritto/a _____
Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Nato/a a _____il _____residente a _____
Prov._____in Via/C.so_____n°_____
Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che resterà domiciliata a Bari, Via/C.so_____n°_____
Per un per periodo di durata superiore a tre mesi e precisamente fino al _____
Tale permanenza deve essere dettata da motivi :

a) di lavoro
b) di studio
c) di salute

<u>che dovranno essere documentati dall'interessato</u>

Caso a) Produrre un certificato rilasciato dal datore di lavoro dal quale risulti che, per motivi di lavoro, è dimorante in un comune diverso da quello di residenza per un periodo superiore a tre mesi;

Caso b) Produrre un certificato rilasciato dal relativo Ente, di frequenza per i corsi di studio con la durata del corso;

Caso c) Produrre un certificato per comprovati motivi di salute, rilasciato da un medico specialista della ASL, con l'individuazione del periodo di permanenza.

Chiede pertanto, l'iscrizione temporanea nell'apposito elenco degli assistiti non residenti dell'Azienda Sanitaria Locale BARI per sé e per i suoi familiari a carico sotto elencati:

Cognome e Nome	data di nascita	codice fiscale
_____	_____	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
_____	_____	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
_____	_____	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal EU GDPR 2016/679, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- **I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari) nell'apposita sezione Privacy.**

Data_____ Firma_____