ASL Bari
PugliaSalute

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N. 4 di ALTAMURA

Sede: Viale Regina Margherita, 67 70022 Altamura – Tel. 080 584 8132 – 8320 –e-mail: dss.altamura@asl.bari.it
e-mail:anagrafe.gravina@asl.bari.it – PEC: distretto4.aslbari@pec.rupar.puglia.it
Tel. 080 584 8663

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** **Al DSS n. 4 di Altamura**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale /__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Nato/a a il _____ residente a _____ Prov. _____

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 ad Altamura, 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

che dovranno essere documentati dall'interessato:

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 inoltre, 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
_____	_____	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
_____	_____	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
_____	_____	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

e di **SCEGLIERE** il MMG/PLS, Dr./Dr.ssa _____

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.

Data _____ Firma _____

Allegare: fotocopia fronte/retro della Tessera Sanitaria, di un documento di riconoscimento e revoca del MMG/PLS di provenienza.