



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3REGIONE
LAZIO

Dati anagrafici

Si invita a compilare il presente modulo in stampatello ed in ogni sua parte.

COGNOME _____

NOME _____

INDIRIZZO (Via, Strada, Piazza) _____ N.ro _____

(CAP, Località, Sigla della provincia) _____ Prov. _____

SESSO M F DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno) ____/____/____

COMUNE DI NASCITA _____ Prov. _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ Prov. _____

CIRCOSCRIZIONE (Solo per Roma) _____

NUMERO TELEFONO _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITTADINANZA _____

INFORTUNIO SUL LAVORO SI NO *(sbarrare il numero nella casella corrispondente alla propria situazione)*

TITOLO DI STUDIO

1	Nessuno	2	Elementare	3	Media Inferiore	4	Media superiore	5	Laurea
---	---------	---	------------	---	-----------------	---	-----------------	---	--------

STATO CIVILE

1	Celibe/nubile	2	Coniugato/a	3	Separato/a	4	Divorziato/a	5	Vedovo/a
---	---------------	---	-------------	---	------------	---	--------------	---	----------

CONDIZIONE PROFESSIONALE

1	Occupato/a	2	Disoccupato/a	3	In cerca di occupazione	4	Studente/ssa	5	Casalinga	6	Pensionato/a Inabile
---	------------	---	---------------	---	-------------------------	---	--------------	---	-----------	---	----------------------

POSIZIONE PROFESSIONALE

* 1	Imprenditore/trice Lib. Profession.	2	Lavoratore/trice autonomo/a	3	Dipendente Dirigente	4	Dipendente Impiegato/a	5	Dipendente Operato/a	6	Dipendente altro
-----	-------------------------------------	---	-----------------------------	---	----------------------	---	------------------------	---	----------------------	---	------------------

RAMO DI ATTIVITÀ

* 1	Agricoltura, caccia, foresta, pesca	2	Industria	3	Commercio Pubblici servizi	4	Pubblica Amministrazione	5	Altri servizi privati
-----	-------------------------------------	---	-----------	---	----------------------------	---	--------------------------	---	-----------------------

Data ____/____/____

Firma _____

NOTA

I dati forniti verranno utilizzati per fini strettamente necessari alle attività sanitarie, in ottemperanza alla Legge 196/2003 (Norme sulla privacy). Chiunque fornisce false dichiarazioni sulla propria identità incorre nelle sanzioni previste dall'art. 496 del Codice Penale.

* Campi statistico-epidemiologici non obbligatori la cui mancata compilazione non preclude l'accesso alle cure mediche.

MAN 1/1