SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3

REGIONE LAZIO

DOMANDA DI DOMICILIAZIONE SANITARIA TEMPORANEA
Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
Dichiarazione Sostitutiva dell'atto di Notorietà
(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a

Cognome ..... Nome .....

nato/a ..... (Prov. .....) il .....

cittadinanza ..... Codice Fiscale .....

Consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara di:

essere residente nel comune di ..... (Prov.) .....

in Via/P.zza ..... n. .....

CHIEDE

ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, di essere **provvisoriamente** iscritto presso codesta A.S.L., ove si è **temporaneamente** trasferito in Via/P.zza .....

per una durata di ..... mesi.

L'iscrizione Temporanea è dovuta a motivi di:

- ☐ motivi di salute (allegare certificato del medico destinatario della scelta)
- ☐ per ragioni di lavoro (indicare P.I. o azienda/società) .....
- ☐ per ragioni di studio (indicare l'Istituto/Università di frequentazione) .....
- ☐ altro ..... (giustificati motivi)

La domanda viene inoltrata anche per i seguenti familiari:

COGNOME E NOME	LUOGO e DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Documento ..... n. ..... rilasciato da .....

Emesso il .....

N.B. In caso di variazione di residenza, essendosi modificato lo "status" il sistema informatico revoca l'assistenza temporanea e sarà cura dell'utente effettuare l'iscrizione a tempo indeterminato. Nel caso in cui il medico precedentemente scelto sia massimalista, non è possibile riattribuire lo stesso medico.

Data ..... Il Dichiarante .....

ArtiGraficheCardamone

MOP. 035