AL DIRETTORE SANITARIO DEL DISTRETTO N._____ ASL_____

_____

OGGETTO :

☐ Richiesta di iscrizione temporanea

☐ Scelta in deroga

Il sottoscritto_____

Nat____ a _____il_____

Residente a_____ via_____

Cod. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| tel._____

chiede per se / per i familiari l' iscrizione del medico ☐ GENERICO

☐ PEDIATRA

per mesi_____ e precisamente dal_____ al _____

per la seguente motivazione : _____

_____

_____

Dichiara, sotto la propria responsabilità di aver richiesto la cancellazione dagli elenchi degli assistiti presso la ASL di residenza anagrafica.

Allega certificazione dalla qual risulta il motivo per il quale è dimorante in Comune diverso da quello di appartenenza rilasciata :

☐ dall' Ente/Amministrazione o Società o Autorità civile o militare

☐ da specialista di struttura pubblica del Distretto di soccorso.

cosciente ed ammonito sulle responsabilità penali in cui posso incorrere per le false dichiarazioni (art. 26 Legge 15/68)

data firma del richiedente

ai sensi dell' art. 10 Legge 675/96 presto consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell' ASL NA.5 ai fini istituzionali.

Data_____ Firma_____

Riservato all' Ufficio

Alla ASL N._____ di_____ Regione_____

Visto, si accoglie l' istanza di cui sopra e si dispone l' iscrizione negli elenchi di questa ASL,

Distretto n._____ a partire dal_____ fino al _____

Data_____ L' incaricato_____