



Modulo per la SCELTA/ REVOCA del medico

AUTOCERTIFICAZIONE
(rilasciata ai sensi del DPR n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
codice fiscale _____

CHIEDE

L'attribuzione del/la dottor/ssa: _____ 2° SCELTA _____
La Revoca del/la dottor/ssa: _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. N.445/2000 e ss. mm. e ii.;

consapevole che, fermo restando quanto previsto dal suindicato art. 76, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dai controlli effettuati dall'Amministrazione ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, fatti salvi altri atti a tutela dell'Amministrazione

DICHIARA:

- Di essere residente a _____ in Via/Fraz _____ n° _____
Telefono _____ e-mail/PEC _____
- Di soggiornare per mesi (da 3 a 12) _____ a _____ Via/Fraz _____ n _____
Per motivi di:
 - Studio presso _____
 - Lavoro presso _____ fino al _____
 - Motivi di salute, di cui si allega certificato rilasciato da:
 - medico specialista di una struttura pubblica
 - medico di medicina generale che attesti anche la necessità di assistenza da parte di (nome e cognome) _____ (grado di parentela) _____
 - Motivi di necessità di assistenza, in qualità di ultra 75enne, da parte di (nome e cognome) _____ (grado di parentela) _____
 - Motivi di assistenza, in cura presso la Struttura _____
 - Coesione familiare con (nome e cognome, data di nascita) _____
- Di autorizzare la ASL della valle d'Aosta alla chiusura della precedente iscrizione presso altre ASL italiane.

- Di essere Cittadino ITALIANO, COMUNITARIO, STRANIERO, non avente diritto all'assistenza sanitaria a carico di altri Stati o organismi esteri in base a trattati e/o accordi internazionali bilaterali e di autorizzare l'ufficio relazioni internazionali a verificare la veridicità di tale dichiarazione.
- Che il proprio nucleo familiare, ai fini della scelta per ricongiungimento, è così composto

Nome e Cognome	Data di Nascita	Rapporto di parentela

AUTORIZZA IN SUA VECE

Il/la Sig/ra _____ nato/a a _____ il _____
 Codice fiscale _____ Documento _____

Alla consegna all'Azienda U.S.L. della presente istanza

Dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101, 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 _____

ALLEGATI:

- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DELL'INTERESSATO**
- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI EVENTUALE DELEGATO**
- **CANCELLAZIONE DA ISTITUZIONI ESTERE**
- **PER UTENTI DOMICILIATI**
 - **Per motivi di lavoro: CONTRATTO DI LAVORO**
 - **Per motivi di studio: ISCRIZIONE AL CORSO DI STUDI**
 - **per motivi sanitari: CERTIFICATO MEDICO**
 - **domicilio in struttura: ATTESTAZIONE DELLA STRUTTURA CHE CERTIFICA LA PRESENZA E IL TEMPO DI PERMANENZA**
- **PER SCELTA FUORI AMBITO**
 - **MODULO FUORI AMBITO**
- **SE STRANIERO:**
 - **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
 - **PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITA' O RICEVUTE DI RICHIESTA O RINNOVO**
 - **CODICE FISCALE RILASCIATO DALL'AGENZIA DELLE ENTRATE alla prima iscrizione**
 - **AUTOCERTIFICAZIONE RESIDENZA O DICHIARAZIONE DI OSPITALITA'**
 - **ALTRO _____**
- **SE COMUNITARIO:**
 - **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
 - **CODICE FISCALE RILASCIATO DALL'AGENZIA DELLE ENTRATE alla prima iscrizione**
 - **AUTOCERTIFICAZIONE RESIDENZA O DICHIARAZIONE DI OSPITALITA'**
 - **CONTRATTO DI LAVORO O ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'IMPIEGO**
 - **ATTESTAZIONE DI SOGGIORNO PERMANENTE**
 - **ALTRO _____**