



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 _____
via/Fraz: _____ codice fiscale _____

CHIEDE

L'attribuzione del/la dottor/ssa: _____
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 _____
- ricongiunzione del nucleo familiare

- Di non avere iscrizioni al Sistema Sanitario Nazionale presso altre regioni d'Italia: **allegare certificato di revoca**
- di essere iscritto presso la ASL di _____ e autorizzare la ASL della valle d'Aosta a richiedere in mia vece la revoca dell'iscrizione. (L'iscrizione verrà sospesa fino a riscontro da parte della ASL)
- 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; o di essere stato iscritto in _____ e di aver cancellato la stessa iscrizione come risulta da **certificato allegato**

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**
- **SE MINORE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DEL GENITORE**
- **PER UTENTI DOMICILIATI per motivi sanitari**
 - **CERTIFICATO MEDICO**
- **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**
 - **CERTIFICATO DI RESIDENZA O DICHIARAZIONE DI OSPITALITA'**
 - **ALTRO SE PREVISTO** _____
- **SE COMUNITARIO:**
 - **DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
 - **CODICE FISCALE RILASCIATO DALL'AGENZIA DELLE ENTRATE**
 - **CERTIFICATO DI RESIDENZA O DICHIARAZIONE DI OSPITALITA'**
 - **CONTRATTO DI LAVORO O ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'IMPIEGO**
 - **ATTESTAZIONE DI SOGGIORNO PERMANENTE**
 - **ALTRO SE PREVISTO** _____