



**Modulo per la SCELTA/ REVOCA  
del medico per DOMICILIO  
ai sensi dell' Art 39 comma 6 e  
Allegato A DGR 1261/2017**

**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 \_\_\_\_\_

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 soggiornare per mesi (da 3 a 12) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Via/Fraz \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Per motivi di:

- Lavoro presso \_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_
- Studio presso \_\_\_\_\_
- Motivi di salute, di cui si allega certificato rilasciato dal medico specialista di una struttura pubblica
- Necessità di assistenza, di cui si allega certificato del medico di medicina generale che attesti anche la necessità di assistenza, in appoggio presso  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_
- Assistenza, compiuti 75 anni in appoggio presso:  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_
- Cura \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_
- Familiare di \_\_\_\_\_ iscritto per uno dei precedenti motivi

## **AUTORIZZA IN SUA VECE**

Il/la Sig/ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

### **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**
- **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**