

Domanda di Iscrizione Temporanea negli elenchi assistiti della ASSL di Cagliari

Circolare Ministero della sanità n. 1000.116

Accordo Stato Regioni rep. atti n.1705 del 08/05/2003

Accordo Integrativo Regionale, Regione Sardegna, per la Medicina Generale

Il/ la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a _____ prov _____

in via/p.zza _____ n. _____ e domiciliato per motivi di _____

a _____ via/p.zza _____ n. _____

tel _____ e-mail _____

Chiede di poter scegliere per sé il Dr. _____

Chiede inoltre di poter scegliere per i sottoelencati familiari* o conviventi, purché anagraficamente facenti parte del medesimo nucleo familiare, il Medico di seguito indicato:

➤ *** (per familiari o conviventi maggiorenni, è richiesta la delega e copia del documento d'identità del delegante)**

Cognome e nome

nato il

Comune di Nascita

Medico Scelto

L'iscrizione temporanea nell'elenco dei non residenti della ASL di Cagliari, per motivi di:

☐ Lavoro ☐ Studio ☐ Salute ☐ Ospitalità presso un familiare ☐ Minori in affidamento

A tal fine allega alla presente richiesta _____
(documentazione allegata che comprovi il motivo dell'iscrizione)

* **NOTA BENE:** per i cittadini che provengono da altra regione è richiesta la revoca del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta rilasciato dall'ASL di appartenenza.

Si dichiara inoltre, con la sottoscrizione de presente modulo:

- di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde al vero.
- di prestare il proprio consenso ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo n. 101 del 10/08/2018, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.
Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali risoluzioni anticipate della dimora temporanea e modifiche della stessa in senso definitivo.

Data _____

Firma dell'assistito _____