DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SSR DA PARTE DI CITTADINO ITALIANO RESIDENTE E DOMICILIATO NELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO - AMBITO TERRITORIALE _____

lo sottoscritt_ _____ _____
(cognome) (nome)

cittadinanza_____ cod. fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

nat_ a _____ prov. ____ il _____/_____/_____ telefono_____

indirizzo mail _____

☐ residente

☐ in data _____ presentata richiesta di residenza
(nel caso di diniego alla richiesta di residenza da parte dell'Anagrafe Comunale mi impegno a darne tempestiva comunicazione all'AUSL)

nel Comune di _____ via/p.za _____ n. _____
(comune di iscrizione anagrafica)

domicilio sanitario (da compilare solo se diverso dalla residenza ma entrambi compresi nell'ambito territoriale AUSL)

nel Comune di _____ via/p.za _____ n. _____

CHIEDO

l'iscrizione al SSR nell'elenco gestito dall'AUSL Toscana centro, e scelta del medico, per me e per i seguenti familiari RESIDENTI col sottoscritto che, se maggiorenni, confermano la scelta sottoscrivendola, **allegando copia del documento d'identità** ovvero rilasciando apposita delega

Cognome e nome, Codice fiscale	Relazione Parentela	Luogo, data di nascita e cittadinanza
cognome _____ nome _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |	_____	nat__ a_____ il _____ cittadinanza _____
cognome _____ nome _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |	_____	nat__ a_____ il _____ cittadinanza _____
cognome _____ nome _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |	_____	nat__ a_____ il _____ cittadinanza _____

A tale scopo dichiaro inoltre di non essere assistito da istituzioni estere e/o titolare di modello S1 ex E106-E109-E121

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda o scansionando il Qr Code a margine.

A tale scopo autorizzo l'Azienda Sanitaria ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al/ai medico/i di fiducia da me scelto/i per me e per i suddetti familiari, nonché al/i rispettivo/i sostituto/i

Sono altresì consapevole che, in caso di domicilio sanitario diverso dalla residenza, verrà data comunicazione dell' elezione del domicilio sanitario all'Anagrafe del Comune competente per il domicilio stesso.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità confermo che quanto da me sopra dichiarato corrisponde a verità.

_____ _____ _____ _____ _____
(data) (firma del dichiarante e dei familiari maggiorenni)

RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

- estremi del documento del dichiarate _____
- estremi dei documenti dei familiari maggiorenni _____

Firma dell'operatore _____

- All'Anagrafe del Comune di _____

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario diverso dalla residenza

Data, firma e timbro AUSL

TPX 976