

Dichiarazione scelta Medico e Dichiarazioni sostitutive  
ALL'A.S.P. PALERMO – DISTRETTO SANITARIO N°42 – UFFICIO ANAGRAFE ASSISTITI

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ATTRIBUZIONE / REVOCA dei Medici di Medicina Generale e/o Pediatra sotto indicati a fianco dei componenti il proprio Stato di Famiglia (Inserire soltanto Coniuge e Figli minorenni):

| ASSISTITI |                |                         | MEDICI SCELTI O CONFERMATI |                |                  |
|-----------|----------------|-------------------------|----------------------------|----------------|------------------|
|           | Cognome e Nome | Data e Luogo di nascita | Rapporto di Parentela      | Cognome e Nome | Codice Regionale |
| 1         |                |                         |                            |                |                  |
| 2         |                |                         |                            |                |                  |
| 3         |                |                         |                            |                |                  |
| 4         |                |                         |                            |                |                  |
| 5         |                |                         |                            |                |                  |
| 6         |                |                         |                            |                |                  |
| 7         |                |                         |                            |                |                  |

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI ANCHE PENALI CUI VA INCONTRO**, nel caso di dichiarazioni non veritiere, e/o di formazione o uso di atti falsi, con l'impegno di comunicare subito ogni loro variazione, avvalendosi della facoltà di cui al D.P.R. n° 445 del 28/12/2000,(artt. 38-46-76)

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA:**

- di essere residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_;
- di soggiornare per mesi (da 3 a 12) \_\_\_\_\_ a Palermo Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;  
per motivi di:  Studio -  
 Lavoro - presso \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_;  
 Salute -  
(come da Circolare n. 1000.116 dell'11-05-1984 – Ministero sanità e Accordo Stato Regioni 8 maggio 2003)
- di non essere in possesso dei libretti rilasciati dall'ASP/ASL di \_\_\_\_\_  
agli assistiti sopra indicati ai numeri \_\_\_\_\_, perché \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi a cercare accuratamente i suddetti libretti e, se ritrovati, di consegnarli subito all'ASP/ASL di competenza per evitare che l'eventuale uso improprio dei medesimi possa arrecare danni economici addebitabili anche allo/a scrivente;
- di essere Cittadini:  ITALIANI,  COMUNITARI,  STRANIERI, non aventi diritto all'assistenza sanitaria a carico di altri Stati od organismi esteri in base a trattati e/o accordi internazionali bilaterali;
- di essere impossibilitato a presentarsi personalmente, per cui, assumendosene tutta la responsabilità per la consegna della presente ed il ritiro dei documenti, DELEGA il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento (allegato in copia)  
n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

ALTRE RICHIESTE E/O DICHIARAZIONI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(se necessario continuare dietro e controfirmare).

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**ALLEGATI:**

- Tessere d'iscrizione o attestati di cancellazione dell'ASP/ASL di provenienza,  codici fiscali,  certificato medico conforme all'apposito modello,
- permessi di soggiorno o richieste di rinnovo (copie conformi originali),  ricevuta versamento del \_\_\_\_\_ di Euro \_\_\_\_\_ sul c/c postale n°618900 intestato a Regione Siciliana per iscrizione volontaria anno 20\_\_\_\_,  dichiarazione prima visita del Pediatra,
- fotocopia documento/i di riconoscimento,  autorizzazione di deroga al territorio Prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, firma leggibile del Dichiarante \_\_\_\_\_

(firmare davanti al dipendente addetto esibendo un documento di riconoscimento valido con relativa fotocopia, ovvero firmare e consegnare ad un incaricato, unitamente ad una fotocopia del proprio documento di riconoscimento valido).