



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

DOMANDA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47-DPR 445/2000)

Il/La sottoscritt _____ C.F. _____

nat _____ a _____ il _____ residente in _____

via _____ recapito telefonico _____

Iscritto presso l'ASL n. _____ di _____ Regione _____

CHIEDE

L'iscrizione temporanea presso il Distretto di _____ dal _____ al _____ (massimo 12 mesi)

per sè _____ per **familiari a carico** o soggetti **anagraficamente conviventi** o **sotto tutela legale** sottoelencati:

Cognome e nome	C.F.	ASL di attuale residenza	Comune di residenza	Grado di parentela

poichè domiciliato/i a _____ in via _____ n. _____

per il seguente motivo:

Motivi di lavoro: contratto a tempo determinato dal _____ tempo indeterminato dal _____

Motivi di salute

Motivi di studio: Frequenza Istituto _____

Altro (specificare vd. causali al termine del modulo ed allegare documentazione)

a tal fine allega:

Dichiarazione del datore di lavoro

Certificato di specialistica di struttura pubblica attestante la patologia

Certificato di frequenza scolastica

Altro _____

Si impegna a comunicare con tempestività il rientro anticipato nel proprio Comune di residenza o la variazione della condizione dichiarata.

A tal fine dichiarata.

1. di essere consapevole delle sanzioni previste dal Codice penale derivanti da dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

2. di essere informato che ai sensi degli artt. 13-14 Regolamento UE n. 2016/679 i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamnete nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma _____



Da allegare per ogni utente che richiede la domiciliazione:

- Fotocopia documento di identità valido (solo per richiedenti e familiari maggiorenni)
 - Fotocopia Tessera Sanitaria
 - Tessera sanitaria ASL (in caso di rinnovo) o cancellazione da parte dell'ASL di provenienza
-

PARTE RISERVATA ALL'ASL

E' autorizzata l'iscrizione nell'elenco dei non residenti dal -----al-----

Data _____ L'incaricato _____

NOTE

Altre causali per la richiesta di domiciliazione

- **Detenzione in semilibertà o con obbligo di soggiorno**
- **Ricovero in Casa di Riposo, RSA, RAF, Comunità Protetta**
- **Religiosi**
- **Minore in affidamento**