

Autocertificazione per iscrizione temporanea nella ASST di _____

Il sottoscritto _____

Nato a _____ provincia di _____ il _____

Residente nel comune di _____ provincia di _____

In via _____ C.F. _____

proveniente dalla Azienda Sanitaria Locale di _____

CHIEDE

L'iscrizione negli elenchi degli assistiti di Codesta ASST, per un periodo di ____ mesi con il Medico Dott. _____ (minimo tre mesi e massimo annuale)

DICHIARA*

Di essere domiciliato nel Comune di _____

in via _____ telefono _____

per motivi di lavoro _____
(indicare estremi identificativi del datore di lavoro)

familiari a carico _____

per motivi di studio _____
(indicare estremi della scuola /corso universitario)

per motivi di salute _____
(indicare il codice dell'esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e
succ. integr. D.M. 279/01 e/o codice dell'esenzione per invalidità)

età >75

inserito in Comunità protetta presso _____

minore in affidamento /in attesa di adozione

Data _____ Firma _____

*Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e le falsità negli atti, sono puniti dal Codice Penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.