

**Obrazec za registracijo/podaljšanje registracije pri regionalni zdravstveni službi,
samo za osebe z začasnim prebivališčem v Furlaniji Julijski krajini**

NADOMESTNA IZJAVA V SKLADU S 46., 47. IN 76. ČLENOM UPR ŠT. 445 Z DNE 28.12.2000

Podpisani/a.....
kraj rojstva datum rojstva.....
davčna številka
tel. št. mobilna št.

- Seznanjen/a z dejstvom, da se skladno s 76. členom UPR št. 445 z dne 28.12.2000 podajanje lažnih izjav, ponarejanje listin ali uporaba ponarejenih listin v primerih, ki jih predvideva omenjena uredba, kaznuje v skladu s kazenskim zakonikom in posebnimi področnimi zakoni (glej priložene opombe);
- Seznanjen/a z možnostjo, da se v skladu z veljavno zakonodajo (glej priložene opombe) preveri resničnost podanih izjav;

ZAHTEVAM REGISTRACIJO PRI REGIONALNI ZDRAVSTVENI SLUŽBI

Prošnjo vlagam za mladoletnika/e _____, nad katerim/o izvajam starševsko skrb, SPORAZUMNO z drugim staršem (IME, PRIIMEK in DATUM ROJSTVA drugega starša) ki izvaja ravno tako starševsko skrb

Prošnjo vlagam za osebo, nad katero imam skrbništvo
(v tem primeru je treba priložiti sklep o imenovanju skrbnika)

1. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____
2. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____
3. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____
4. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____

stalno prebivališče _____ ulica _____ poštna št. _____

in IZBIRAM osebnega splošnega zdravnika (MMG)/Pediatra po prosti izbiri (PLS)

Dr. Med. _____ ali, če ta ni na voljo, IZBIRAM enega od navedenih zdravnikov (izpolnite vsa polja ali vsaj tri)

1. Dr. _____ 4. Dr. _____
2. Dr. _____ 5. Dr. _____
3. Dr. _____ 6. Dr. _____

V TA NAMEN, IZJAVLJAM,

(glej: izjave, osebne značilnosti in dejstva, za katera se lahko uporabi nadomestno potrdilo)

► da je moje stalno prebivališče _____ ulica _____ poštna št. _____
in moje začasno prebivališče _____ ulica _____ poštna št. _____ državljanstvo _____

- da sem si izbral zgoraj navedeno začasno prebivališče za obdobje najmanj treh mesecev iz naslednjega razloga:
- Za zaposlitev _____, v primeru pogodbe za določen čas navedite datum konca pogodbe
(Prosim, navedite identifikacijske podatke delodajalca, če gre za javnega delodajalca, ali registracijsko številko v poklicnih registrih ali seznamih, ali priložite dokument, ki potrjuje poklicno dejavnost, če gre za zasebnega delodajalca - UNILAV/izjava delodajalca)
 - Za študij
(Prosim, navedite identifikacijske podatke izobraževalne ustanove, če gre za javno osebo, ali priložite potrdilo o registraciji, če gre za zasebno osebo zasebni)
 - Iz zdravstvenih razlogov

(Prosimo, priložite zdravniško potrdilo ali zdravniško izjavo namesto izjave pod prisego za osebe, starejše od petinšestdeset let, ali kodo za izjemo zaradi nosečnosti za nosečnice)

- ▶ da nimam izbranega osebnega splošnega zdravnika v kraju stalnega prebivališča in/ali sem se že odjavil (samo za osebe s stalnim prebivališčem zunaj Furlanije - Julijske krajine).

Ob tem izjavljam, da sestavljajo družino naslednji družinski člani:

(samo če prvič izbirate pediatra)

1. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____
2. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____
3. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____
4. Ime in priimek _____ datum rojstva _____ davčna št. _____

Obdelava posredovanih podatkov bo potekala v skladu z ZU 196/2003 »Zakonik o varstvu osebnih podatkov« z nadaljnjimi spremembami in dopolnitvami.

TRST,

PODPIS

Prosilec/ka mora priložiti:

- Kopijo veljavnega osebnega dokumenta