

**Mod. Iscrizione/rinnovo iscrizione S.S.R. solo per i domiciliati in FVG**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 e 76 DEL DPR 28 dicembre 2000 n. 445**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
codice fiscale .....  
recapito telefonico ..... recapito e-mail.....

- consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (*vedi note a piè di pagina*);
- consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente (*vedi note a piè di pagina*);

**RICHIESTE L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

- per se stesso  
 per il figlio minore \_\_\_\_\_ (nome cognome data di nascita cittadinanza) di cui dichiaro avere la potestà genitoriale, IN ACCORDO con l'altro genitore detentore della potestà genitoriale (indicare NOME, COGNOME e DATA DI NASCITA dell'altro genitore) \_\_\_\_\_  
 per il seguente soggetto di cui ha la tutela/curatela/amministrazione di sostegno  
(in questo caso è necessario allegare il provvedimento di nomina di tutore/curatore/amministratore di sostegno)

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
2. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
3. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
4. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Residente/i a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

**E LA SCELTA DEL MMG/PLS**

del Medico di Famiglia Dott. \_\_\_\_\_  
o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti professionisti (compilare tutte le opzioni richieste, e comunque almeno tre)

1. DOTT. \_\_\_\_\_ 4. DOTT. \_\_\_\_\_  
2. DOTT. \_\_\_\_\_ 5. DOTT. \_\_\_\_\_  
3. DOTT. \_\_\_\_\_ 6. DOTT. \_\_\_\_\_

**A TALE SCOPO DICHIARA**

(Vedi: stati, qualità personali e fatti riportati sul retro della presente dichiarazione sostitutiva)

- ▶ di essere residente a ..... via ..... n. ....  
e domiciliato in via a ..... via ..... n. ....  
cittadinanza.....
- ▶ di essere iscritto presso l'Azienda ....., competente per residenza:
- ▶ di aver eletto il suddetto domicilio per un periodo di tempo non inferiore a tre mesi, per il seguente motivo:
- per motivi di lavoro \_\_\_\_\_,  
in caso di contratto a tempo determinato, indicare la data di scadenza del contratto \_\_\_\_\_  
(indicare gli estremi identificativi del datore di lavoro se Ente pubblico, o numero di iscrizione ad albi o elenchi professionali, o allegare documentazione attestante attività lavorativa se Ente privato – UNILAV/dichiarazione datore di lavoro)
  - per motivi di studio \_\_\_\_\_  
(indicare gli estremi identificativi dell'Istituto scolastico se Ente pubblico, o allegare attestazione di iscrizione se Ente privato)
  - per motivi di salute \_\_\_\_\_  
(come da certificato emesso da un medico specialista dipendente o convenzionato con il SSN, allegato alla presente domanda)

- di non avere scelto un medico di fiducia nel luogo di residenza e/o di aver già provveduto alla sua cancellazione (solo per i domiciliati al di fuori della Regione Friuli Venezia Giulia).

Dichiaro, inoltre, che il **NUCLEO FAMILIARE** è composto da - (solo nel caso di prima scelta del Pediatra)

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ grado parentela \_\_\_\_\_
2. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ grado parentela \_\_\_\_\_
3. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ grado parentela \_\_\_\_\_
4. Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ grado parentela \_\_\_\_\_

**Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.**

Trieste, .....

**IL DICHIARANTE**  
.....

**Il richiedente dovrà allegare:**

- **Copia del documento di identità valido**