

## DICHIARAZIONE PER ISCRIZIONE OBBLIGATORIA AL S.S.N. DI STRANIERO PRESENTE IN ITALIA DA MENO DI TRE MESI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

### DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (luogo) Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ di cittadinanza (solo se diversa) \_\_\_\_\_

di essere residente a (Stato) \_\_\_\_\_

Domiciliato in (indirizzo) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(città) \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

In proprio

in qualità di esercente patria potestà per il/la minore:

\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (luogo) Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ di cittadinanza (solo se diversa) \_\_\_\_\_

residente a (luogo) \_\_\_\_\_

domiciliato in (indirizzo) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(città) \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

al fine di ottenere l'iscrizione al SSN

### DICHIARA

Di non trovarsi anche di fatto nella situazione di ingresso in Italia per cure mediche;

Che il minore per il quale esercita la patria potestà non si trova anche di fatto nella situazione di ingresso in Italia per cure mediche.

#### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data \_\_\_\_\_ Firma del/la dichiarante (per esteso) \_\_\_\_\_

*\* La dichiarazione è sottoscritta e archiviata assieme alla fotocopia del documento di identità del dichiarante e dell'eventuale minore per il quale viene chiesta l'iscrizione*

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. .... Data .....

Il dipendente addetto .....

## INFORMATIVA

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il modulo di Dichiarazione viene utilizzato dai cittadini stranieri, al fine di ottenere l'iscrizione al SSN, in caso di presenza in Italia inferiore ai tre mesi, nella facoltà riconosciuta dalla normativa vigente (Delib. G.R. N. 34-1198 del 16/03/2015)

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

La dichiarazione è resa dall'esercente la patria potestà

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

Il modulo, unitamente alla documentazione prevista dalle procedure amministrative per la scelta e revoca MMG/PLS (DOC<sub>DAD</sub>001) può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto\*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it), allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)*

### **Avvertenze**

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

Lo Sportello ritira la dichiarazione e dà luogo agli adempimenti successivi conseguenti alla presa d'atto del motivo di presentazione della dichiarazione stessa.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

Immediato (con documentazione completa)

### **RIFERIMENTI**

Distretti	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale</a>
-----------	---