

DOMANDA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DELLA A.S.L. DI CITTADINI NON RESIDENTI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
(_____) Codice Fiscale _____
residente nel Comune di _____ (_____) in via _____
attualmente iscritto presso la ASL _____ di _____
via/piazza _____ ASL di residenza _____

CHIEDE

- di **essere iscritto** in quanto **domiciliato (1)** c/o il Comune di consapevole che l'iscrizione è possibile solo per periodi superiori a TRE MESI e fino ad un massimo di 1 ANNO PROROGABILE e che s'impegna a comunicare con tempestività le eventuali variazioni di domicilio o di rientro anticipato nel proprio Comune di residenza.
- di **rinnovare l'iscrizione (2)**

negli elenchi degli assistiti di questa A.S.L. per sé per i sotto indicati familiari:

Cognome e nome

Data di nascita

_____	_____
_____	_____
_____	_____

A tal fine, 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 domiciliato, per un periodo superiore a tre mesi, nel Comune di _____ in via _____
per motivi:

- di lavoro (sede di lavoro _____ Ditta _____ indirizzo _____)
- di studio (istituto frequentato _____ indirizzo _____)
- di salute (relazione sanitaria allegata)
- altro (_____)

N.B.: Per chi svolge attività autonoma indicare la Partita IVA _____

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 (art. 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

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)

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. _____ Rilasciato da _____

Data _____

L'operatore addetto _____ Sportello di _____

(1) In caso di prima iscrizione: se l'assistito è impossibilitato a farlo personalmente, l'ASL CN1 richiede, **attraverso l'invio del presente modulo**, la revoca del MMG/PLS del/degli assistito/i sopraelencato/i all'ASL di residenza/domicilio e rimane in attesa di comunicazione di avvenuta revoca.

DA COMPILARE DALL'ASL DI RESIDENZA E RESTITUIRE ALL'ASL CN1 via pec protocollo@aslcn1.legalmailPA.it
Si conferma l'avvenuta revoca del MMG/PLS per il nominativo/i sopraindicato/i con decorrenza dal

Data _____

Timbro e firma _____

(2) In caso di rinnovo: si notifica, **attraverso l'invio del presente modulo**, all'ASL di residenza il persistere dell'iscrizione negli elenchi di questa A.S.L. per il periodo dal _____ al _____.

Data _____

Timbro e firma _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti che intendono richiedere l'iscrizione negli elenchi della A.S.L. di cittadini non residenti (in applicazione di quanto stipulato in data 8 maggio 2003 nella Conferenza Stato-Regioni).

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessato (che può richiedere, sul modulo stesso, l'iscrizione negli elenchi della A.S.L. di cittadini non residenti per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare) o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo 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, 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*

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione
- Se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare al modulo delega scritta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Dichiarazione dell'ASL di residenza di avvenuta cancellazione del MMG/PLS.

Relazione sanitaria (che può essere redatta sul MOD_{DAD}117) in caso di domicilio per motivi di salute.

N.B.: se non si ha la dichiarazione di avvenuta cancellazione, occorre indicare la ASL di residenza con relativo indirizzo e numero telefonico.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

Lo sportello distrettuale territorialmente competente, verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente, provvede ad iscrivere negli elenchi dell'ASL il richiedente ed i familiari indicati nel presente modulo.

TEMPO DI RISPOSTA:

Immediato - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale
-----------	---