

**REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA  
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA  
N°1 – TRIESTINA**

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

**SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10 D.M. 8.10.86**

**PRIMA ISCRIZIONE**

**CONFERMA ISCRIZIONE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

NAZIONALITA' \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

DOMICILIO ALL'ESTERO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE ITALIANO \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN ITALIA NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

*(i cittadini stranieri collocati alla pari devono indicare la dimora in Italia)*

FAMILIARI A CARICO

cognome e nome

data di  
nascita

rapporti di  
parentela

eventuali  
redditi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NEL \_\_\_\_\_ IN ITALIA \_\_\_\_\_

ALL'ESTERO \_\_\_\_\_ CORRISPONDENTE IN EURO \_\_\_\_\_

*(in valuta estera)*

CONTRIBUTO VERSATO IN EURO \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**IL DIPENDENTE DA ENTI O ORGANISMI INTERNAZIONALI DOVRA' INDICARE INOLTRE:**

**ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA** \_\_\_\_\_ **REDDITO PERCEPITO** \_\_\_\_\_ **QUALE DIPENDENTE DEL PREDETTO**  
**ORGANISMO** \_\_\_\_\_

CERTIFICAZIONI PRODOTTE IN ORDINE AL REDDITO:

AUTOCERTIFICAZIONE \_\_\_\_\_

CERTIFICATI AUTORITA' COMPETENTI \_\_\_\_\_

*(legalizzati e tradotti nei termini di legge)*

ALTRE CERTIFICAZIONI \_\_\_\_\_

MI RISERVO DI PRODURRE LA CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALL'ORGANO COMPETENTE DELLO STATO ESTERO *(legalizzata e tradotta nei termini di legge)* NON APPENA NE ENTRERO' IN POSSESSO E COMUNQUE NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE

*(specificare)*

**DICHIARO INFINE**

di impegnarmi ad effettuare il necessario conguaglio qualora verranno adottate le nuove tariffe da parte del competente Ministero e/o qualora dalla certificazione rilasciata dallo Stato estero, nel caso in cui occorra, e di cui entrero' in possesso successivamente, dovesse risultare un reddito diverso rispetto a quanto da me dichiarato.

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa*

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL' UFFICIO**

La domanda di iscrizione è pervenuta in data \_\_\_\_\_

Timbro ufficio

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE

Mbd. Scelta del medico di base (anche per i minori)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
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 nota allegata);

consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente (vedi note allegate);

**DICHIARO**

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di REVOCARE il Medico di Famiglia (o pediatra nel caso di minore) Dott. \_\_\_\_\_ e

contestualmente di SCEGLIERE il Medico di Famiglia Dott. \_\_\_\_\_

o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti professionisti

(compilare possibilmente tutte le opzioni richieste)

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 1. DOTT. _____ | 4. DOTT. _____ |
| 2. DOTT. _____ | 5. DOTT. _____ |
| 3. DOTT. _____ | 6. DOTT. _____ |

PER il sottoscritto

PER il/i seguente/i familiare/i minore/i (**al di sopra dei sei anni**) e/o tutelato/i, appartenenti al medesimo nucleo familiare IN ACCORDO con l'altro genitore \_\_\_\_\_  
detentore della potestà genitoriale:

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 2. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 3. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 4. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |

Residente/i a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Si prega di inviare la copia della Tessera Sanitaria Cartacea a: (indicare l'indirizzo e-mail)

TRIESTE,

FIRMA

Da allegare **per ogni utente che sceglie il medico:**

- Copia del documento di identità valido
- Copia della tessera sanitaria in uso