

**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