

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli**MODULO**Iscriz. elenco assistiti non resid.
(DIS.MO.0715.01).doc

pag1/2

DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI ASSISTITI NON RESIDENTI

D.P.R. 223/1989 - D.P.R. 28/07/2000 n 270 – Circolari Regionali prot.6624 del 16/10/95, prot.7326 del 15/11/95, prot. 14795/29 – 29.3 del 03.09.03

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ cod.fiscale _____

**consapevole che nel caso di dichiarazione falsa e/o mendace sono previste sanzioni penali
(ART 46 legge 28 DICEMBRE 2000, n. 445)****DICHIARA**

di essere residente a _____ prov. _____ all'indirizzo _____

con il proprio nucleo familiare composto da n° _____ persone;

CHIEDE **L'ISCRIZIONE** nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L **IL RINNOVO** dell'iscrizione nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L

con domicilio a _____ all'indirizzo _____

presso _____ telefono n. _____ per un periodo non

inferiore a tre mesi, dal _____ fino al _____ per il seguente motivo:

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Lucia RUGOLO 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

(BARRARE L'IPOTESI CHE INTERESSA)

<input type="checkbox"/>	MOTIVI DI LAVORO <input type="checkbox"/> Allego: - se lavoratore dipendente: dichiarazione su carta intestata della Ditta con indicazione durata temporale del contratto - se lavoratore autonomo: visura camerale	Se il contratto di lavoro è a tempo determinato, l'iscrizione viene effettuata per la durata del contratto e comunque per un periodo superiore ai tre mesi massimo un anno ed è rinnovabile, se persistono i requisiti
<input type="checkbox"/>	MOTIVI DI STUDIO <input type="checkbox"/> Allego: Certificato di frequenza per corsi di studio (rilasciato dall'Ente con l'indicazione della durata del corso. <input type="checkbox"/> Autocertifico: di essere iscritto presso l'ente scolastico: indirizzo: _____ Città _____ nell'anno: _____	Scelta del medico a termine superiore a tre mesi e non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	MOTIVI DI SALUTE Allego: certificato rilasciato dall'Ospedale che ha in carico il paziente o dallo Specialista di Struttura Pubblica o dal MMG/PLS.	Dalla relazione sanitaria deve risultare: ➢ la necessità del soggiorno temporaneo ➢ l'eventuale necessità di assistenza da parte di un familiare ➢ l'indicazione della durata Scelta del medico a termine superiore a tre mesi e non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	OSPITE NELLA CASA DI RIPOSO O IN COMUNITA' Allego: dichiarazione del direttore o del responsabile della struttura	Scelta del medico per un periodo superiore a tre mesi e non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	BAMBINO IN AFFIDAMENTO Allego: documentazione comprovante	Scelta del medico a termine per un periodo superiore a tre mesi non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	DETENUTI IN ATTESA DI GIUDIZIO Allego: documentazione comprovante	Scelta del medico a termine per un periodo superiore a tre mesi non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	RELIGIOSI Allego: documentazione comprovante	Scelta del medico a termine per un periodo superiore a tre mesi non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)

Chiede inoltre **l'iscrizione** per i seguenti familiari a carico:

cognome e nome	Luogo di nascita	Data nascita	Relazione di parentela

DOCUMENTI DA PRODURRE:

- TESSERA SANITARIA
- **DOCUMENTO COMPROVANTE L'AVVENUTA CANCELLAZIONE DAGLI ELENCHI DELL'ASL DI RESIDENZA**

DATA _____

FIRMA _____

Stesura: Dott.ssa Lucia RUGOLO 31/1/2018	Verifica: Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Autorizzazione: Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Emissione: Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018
----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------