

Iscrizione temporanea di cittadini italiani non residenti ai sensi dell'Art. 26 D.P.R. n. 270 e dell'Art.24 D.P.R. 272 del 28/07/2000, nonché della circolare della Regione Liguria n. 130729/5490 del 18/09/2001.

Il sottoscritto _____ nato il _____
 a _____ Prov. _____
 residente anagraficamente nel Comune di _____ Prov. _____
 e domiciliato a _____ Via _____ n. _____
 Telefono _____ mail _____

CHIEDE

di essere iscritto negli elenchi degli assistibili della ASL 3 "GENOVESE" per il periodo _____
 _____ per i motivi di seguito indicati: _____

e di scegliere il Dott. _____ come Medico di fiducia per sé e per i propri familiari sotto elencati:

Cognome e nome

Data di nascita

Parentela

A tale scopo allega la seguente documentazione:

Informato che l'iscrizione è a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, e che è espressamente prorogabile, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni di domicilio, nonché il rientro anticipato nel proprio Comune di residenza.

Inoltre, mentre dichiara di essere a conoscenza del carattere di provvisorietà di tale scelta, produce contestualmente, in calce alla presente, l'accettazione del Medico oggetto di scelta.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 DPR 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti ivi indicate.

Data _____

Firma _____

Il Dott. _____ dichiara di accettare la scelta

Lì, _____ Timbro e firma _____