|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Iscrizione/rinnovo iscrizione temporanea per motivi di lavoro - salute - studio** |
| **Descrizione** | Iscrizione temporanea (min. 3 mesi, max 1 anno) per i cittadini residenti in altra regione. Per se stessi e per familiari appartenenti allo stesso nucleo familiare.  N.B.: si precisa che è necessario, perché la pratica vada a buon fine, avere un’iscrizione sanitaria attiva presso la propria ASL di residenza e aver proceduto alla sospensione del proprio medico curante. |
| **Documenti necessari** | * Documento di riconoscimento del richiedente * Se necessaria delega, documento di riconoscimento del delegato e del delegante * Se presente tutore/amministratore di sostegno, documento di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato * In caso di richiesta effettuata a favore di minore, allegare i documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente * Codice fiscale/Tessera sanitaria dei soggetti interessati * Libretti cartacei se in possesso * Certificato medico attestante il motivo di non più autosufficienza/motivi climatici/gravi motivi salute (SOLO IN CASO DI ISCRIZIONE PER RAGIONI DI SALUTE)   **Si precisa che occorrerà la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente** |
| **Moduli da compilare** | Domanda di iscrizione temporanea cittadini non residenti (Allegato 1) |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza  🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza.  🡪 **accesso anche su appuntamento** per l’ufficio di Ceparana |

**MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA**

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA PER MOTIVI DI LAVORO – SALUTE - STUDIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( )

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN QUALITA’ DI : o DIRETTO INTERESSATO o TUTORE o GENITORE AFFIDATARIO

Consapevole che ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

**CHIEDE L’ISCRIZIONE TEMPORANEA CON DOMICILIO SANITARIO PRESSO ASL5** (minimo 3 mesi e massimo per 1 anno, rinnovabile) dal............................al..............................

* per se stesso
* per il minore di seguito indicato
* per i seguenti familiari (necessaria delega dell’interessato):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
|  |  | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
|  |  | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
|  |  | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
|  |  | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |

e **DICHIARA**  di essere attualmente domiciliato per un periodo superiore a tre mesi nel Comune ­­­di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov SP)

**per uno dei seguenti motivi**:

(indicare una delle seguenti opzioni)

* **LAVORO**
* come lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* come titolare della società / ditta individuale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* come lavoratore autonomo iscritto Albo/Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede dell’attività nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dotato di P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* come militare/membro forze dell’ordine temporaneamente in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **STUDIO**  
  frequentante regolare corso di studi presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (è possibile indicare solo istituti ubicati sul territorio di ASL5)
* **SALUTE**  
  Si allega il certificato medico, rilasciato da MMG/PLS di ASL5, attestante gravi motivi di salute; oppure necessità di ricevere o fornire assistenza continuativa; oppure motivi climatici;
* **ALTRO**
* Ricovero presso Istituto di cura o RSA nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Stato di semilibertà presso Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Affidamento del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Religioso presso l’Ist. Religioso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA che il sottoscritto e tutti gli interessati di cui sopra hanno provveduto alla non scelta/sospensione del medico/pediatra presso la ASL di residenza con decorrenza dal…………………………………………. e non hanno attualmente nessun medico in altre Aziende Sanitarie Italiane;   
DICHIARA di essere consapevole che, in caso di mancato rinnovo, alla scadenza dell’iscrizione ASL5 provvederà alla cessazione d’ufficio dell’assistenza.

CHIEDE L’ASSISTENZAdel

Dr/Dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se non disponibile il medico di prima scelta, in alternativa chiedo l’assistenza del

Dr./Dr.ssa 1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa 2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa 3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr./Dr.ssa 4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizzazione all’inoltro di documenti tramite posta elettronica non PEC (da compilare solo in caso di richiesta telematica)**  
Dichiaro di aver letto e compreso quanto previsto dall’art. 13 del RGPD UE e di essere Consapevole dei rischi connessi all’invio di documenti tramite posta elettronica, tra cui la possibilità di una lettura da parte di soggetti non autorizzati, autorizzo pertanto esplicitamente l’invio all’indirizzo di posta elettronica non certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della documentazione richiesta.  
Dichiaro di manlevare sin d’ora ASL5 ed il personale della stessa da responsabilità per disguidi/violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati nonché da eventuali danni inerenti/derivanti dalla modalità di inoltro prescelta.

Data \_\_ /\_\_ /\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

**DELEGO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doc identità numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla presentazione di questa domanda e della relativa documentazione.

La Spezia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

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

ALLEGARE:

* Fotocopia del documento identificativo in corso di validità del dichiarante.
* Fotocopia del documento identificativo in corso di validità del delegato e del delegante
* In caso di richiesta effettuata a favore di minore, allegare i documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente
* In caso di richiesta effettuata a favore di soggetto beneficiario di tutela o amministrazione di sostegno, allegare documenti identificativi del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato
* Certificato medico attestante il motivo di non più autosufficienza/motivi climatici/gravi motivi salute (SOLO IN CASO DI ISCRIZIONE PER RAGIONI DI SALUTE)

**Si precisa che occorre la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente corredata di documento di riconoscimento.**