
Cittadini comunitari: autocertificazione per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale e scelta del medico di medicina generale e del pediatra nel territorio dell'AUSL di Modena

lo sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO CHE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

sono nato/a il _____ a _____

Stato di nascita | cittadinanza

codice fiscale

sono residente nel Comune di _____ | Prov. Modena

Via _____ | n. _____

sono residente nello Stato estero

e dimoro nel Comune di _____ | Prov. Modena

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

(a) svolgo attività lavorativa subordinata presso la ditta (specificare)

con sede nel Comune di _____

(b) svolgo attività lavorativa autonoma e sono iscritto alla Camera di commercio

del Comune di _____ dal _____

con Partita I.V.A. n. _____ e con posizione INPS n. _____

(c) sono iscritto al centro per l'impiego del Comune di _____

come disoccupato con precedenti attività lavorative e dichiaro che l'ultima ditta/azienda in cui ho lavorato è denominata (specificare)

e ha sede nel Comune di _____

(d) sono un ex lavoratore iscritto al corso di formazione professionale (specificare)

presso l'ente di formazione (specificare)

(e) sono titolare dell'attestato di soggiorno permanente rilasciato dal Comune di _____

(f) sono coniuge del/della cittadino/a comunitario/a

_____ (nome) | _____ (cognome)

nato/a il _____

che è regolarmente iscritto nelle liste degli assistiti dell'Ausl di Modena

(g) sono il genitore/nonno di cittadinanza comunitaria fiscalmente a carico di

_____ (nome) | _____ (cognome)

nato/a il _____

che è

(g1) lavoratore subordinato presso la ditta (specificare) _____

con sede nel Comune di (specificare) _____

(g2) lavoratore autonomo iscritto alla camera di Commercio del Comune di (specificare) _____

_____ con Partita I.V.A. n. _____ e posizione INPS n. _____

e sono titolare non sono titolare
di pensione nel mio Paese di origine

(h) sono il figlio comunitario con età superiore a 21 anni fiscalmente a carico di _____

_____ (nome) | _____ (cognome)

nato/a il _____

che è

(h1) lavoratore subordinato presso la ditta (specificare) _____

con sede nel Comune di (specificare) _____

(h2) lavoratore autonomo iscritto alla camera di Commercio del Comune di (specificare) _____

_____ con Partita I.V.A. n. _____ e posizione INPS n. _____

CHIEDO

per me

l'assistenza del dott. (nome e cognome) _____

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza di

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

3. dott. (nome e cognome)

CHIEDO INOLTRE (compilare solo se si chiede il medico/pediatra per un minore)

in qualità di

genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

tutore/affidatario

del minore

(nome e cognome)

maschio

femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov. Modena

Via | n.

residente nello Stato estero

e dimorante nel Comune di

| Prov. Modena

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

del minore

(nome e cognome)

maschio

femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov. Modena

Via | n.

residente nello Stato estero

e dimorante nel Comune di

| Prov. Modena

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ricevere il documento che attesta il medico assegnato, per posta elettronica all'indirizzo (*specificare*)

consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (*specificare solo se diverso da quello già indicato*)

Via

Comune

| CAP

| Prov.

ALLEGRO

- una copia di un documento di identità in corso di validità per me e per i figli minori per i quali è richiesta la scelta del Medico o Pediatra
- una copia del codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate, per me e per i figli minori per i quali è richiesta la scelta del Medico o Pediatra
- una copia del contratto di lavoro o della busta paga - **solo nel caso di attività lavorativa subordinata, caso (a)**
- documentazione che attesta il collegamento tra l'attività lavorativa svolta in precedenza e il corso di formazione professionale - **solo per ex lavoratori iscritti ai corsi di formazione professionale, caso (d)**
- attestato di soggiorno permanente rilasciato dal comune di residenza, **caso (e)**
- copia del certificato estero di parentela tradotto in italiano per coniugi/genitori/nonni/figli over 21 anni - **solo se non ancora residenti nel territorio dell'Ausl di Modena, casi (f), (g) e (h)**
- contratto di lavoro o busta paga del lavoratore subordinato e una copia della dichiarazione di impegno del datore di lavoro per la richiesta delle detrazioni fiscali - **per i genitori/nonni/figli over 21 anni a carico del lavoratore subordinato, casi (g1) o (h1)**
- una copia del modello unico della dichiarazione dei redditi - **per i genitori/nonni/figli a carico del lavoratore autonomo, casi (g2) o (h2)**

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma (*per esteso e leggibile*)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy.

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su www.ausl.mo.it/informative-privacy. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a dpo@ausl.mo.it

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come presentare la richiesta

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Come viene assegnato il medico/pediatra

Il medico/pediatra può essere assegnato solo se ha posti disponibili.

La verifica sulla disponibilità di posti viene eseguita in riferimento ai singoli medici, seguendo l'ordine indicato nella richiesta.