SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO
AZIENDA U.L.SS. N. 4 "ALTO VICENTINO"
Via Rasa n. 9 - 36016 THIENE – Tel. 0445/389111 - Fax 0445/370457
Codice U.L.SS. 050/004 - c.f. e p.i. 00913490249

DOMANDA DI ISCRIZIONE PROVVISORIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 2, L. 04.01.1968 n. 15; Art. 1 D.P.R. 20.10.1998 n. 403 e Artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a: _____
Cognome e Nome

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA
di essere

☐ **nato/a a** _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ **cittadino/a** _____ **facente parte dell'Unione Europea**

☐ **cittadino/a** _____ **extracomunitaria**

☐ **residente a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

☐ **in possesso della tessera sanitaria** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **in corso di validità**

rilasciata dall'Azienda U.L.SS. N. |__|__|__| **della Regione:** _____

☐ **con validità illimitata** ☐ **con scadenza al** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

CHIEDE

☐ **per se** **e** ☐ **per i propri familiari di cui all'elenco in calce**

di essere iscritto provvisoriamente nell'elenco degli assistiti dell'Azienda U.L.SS. N. 4 "Alto Vicentino" per il periodo* dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **al** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **per complessivi mesi** |__|__|, **eventualmente ESPRESSAMENTE rinnovabili alla scadenza in quanto dimorante a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

SI IMPEGNA

A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI DI DOMICILIO O IL RIENTRO ANTICIPATO AL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA

Familiari interessati all'iscrizione provvisoria:

Cognome e Nome	data e luogo di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

Allega:
☐ **Tessera Sanitaria dell'Azienda ULSS di residenza o dell'ULSS di precedente iscrizione**
☐ **Tesserino di esenzione dal Ticket rilasciato dell'Azienda ULSS di residenza o dell'ULSS di precedente iscrizione**

DATA: |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **FIRMA DEL RICHIEDENTE**: _____