Regione Lombardia ASL Lodi Piazza Ospitale 10 26900 Lodi	**MODULO PER RICHIESTA SCRITTA** **(quando l'interessato non si presenta personalmente)** ***ISCRIZIONE TEMPORANEA***	M01/P37 Rev. 4 Data: 24/01/2014 Pag. 1 di 1

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI LODI
Distretto di ……..
Fax _____

Il/la sottoscritt …..……. con cittadinanza…….
nat…. a ……..…… il……..…….. C.F. ……..……..

residente nel Comune di……, via/piazza…….……..

C H I E D E

di essere **temporaneamente** iscritto/a negli elenchi del S.S.N. gestiti da codesta ASL in quanto dimoranti a ……..…., e in possesso dei requisiti previsti dalla Regione Lombardia con nota del …… di cui si allega autocertificazione e di essere contestualmente cancellato/a dagli elenchi dell'A.S.L. di provenienza della Regione …….

A tal fine dichiara di scegliere il Dott. …… operante nell'ambito territoriale di ……

L'iscrizione viene chiesta anche per i seguenti familiari conviventi:

Cognome e Nome	Relaz. Parent.	Data di nascita	Codice Fiscale	Medico scelto(*)

(*) Per i bambini al di sotto dei sei anni di età, la scelta deve essere effettuata nei confronti di un medico pediatra (se convenzionato nell'ambito di residenza)

Il sottoscritto chiede inoltre che la/le tessera/e regionale/i venga inviata all'indirizzo sopra indicato.

Si impegna a segnalare tempestivamente qualunque variazione che dovesse intervenire nella situazione sopra rappresentata.
E' consapevole che la presente equivale ad autocertificazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 e acconsente alla raccolta dei dati personali nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data _____

(Firma dell'interessato)
_____