

Alla Azienda U.S.L. ....

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

**Oggetto:** 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.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
residente anagraficamente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
e domiciliato a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto negli elenchi degli assistibili della U.S.L. .... per il periodo \_\_\_\_\_  
e per i motivi di seguito indicati: \_\_\_\_\_

e di scegliere il Dott. \_\_\_\_\_ come Medico di fiducia il 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Dott. \_\_\_\_\_ dichiara di accettare la scelta

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

U. O. Assistenza Sanitaria di Base

N.O. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Vista la domanda di cui sopra, esaminata la documentazione prodotta dall'interessato,  
Si attesta

Che il Sig \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_, nonché i suoi  
familiari sopra indicati, sono stati iscritti temporaneamente negli elenchi di questa U.S.L. con effetto dal \_\_\_\_\_,  
e che ad essi è stato assegnato come Medico di fiducia il Dott. \_\_\_\_\_

Il Responsabile