



RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE o SCELTA MEDICO AUSL DI PARMA

Il domicilio deve essere compilato solo se diverso dalla residenza.

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____ tel. Cellulare _____

Residente a _____ Prov. (o Stato Estero) _____

Via _____ n. _____

Domiciliato a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore, esercitante la potestà genitoriale in esclusiva, del minore _____
Codice fiscale _____ Residente a _____
Prov. (o Stato Estero) _____ Via _____ n. _____
Domiciliato a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
- In qualità di genitore, esercitante la potestà genitoriale in accordo con l'altro genitore esercente la potestà genitoriale, del minore _____ Codice fiscale _____
Residente a _____ Prov. (o Stato Estero) _____
Via _____ n. _____
Domiciliato a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
- In qualità di tutore/amministratore di sostegno di _____ Codice fiscale _____
Residente a _____ Prov. (o Stato Estero) _____
Via _____ n. _____
Domiciliato a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

PER I CITTADINI CON DOMICILIO NELLA PROVINCIA DI PARMA DIVERSO DALLA RESIDENZA

Dichiaro di essere domiciliato fino al (indicare data superiore a 3 mesi) _____
per una delle seguenti motivazioni:

- Situazione lavorativa presso _____
Indirizzo della sede del datore di lavoro _____
- Salute personale (allegare certificato medico di struttura pubblica)
- Assistenza al seguente familiare (allegare certificato medico di struttura pubblica, indicante la necessità di assistenza) :
Cognome _____ Nome _____
data di nascita _____ grado di parentela _____
- Iscrizione al Centro per l'Impiego del Comune di _____
- Iscrizione al seguente corso di formazione professionale _____
svolto nel Comune di _____
- Iscrizione al Corso di Studi _____
presso l'Istituto Scolastico / Università _____

DICHIARO DI NON AVERE IN ATTO ALCUNA SCELTA DEL MEDICO PRESSO ALTRA AUSL (allegare attestato di cancellazione dall'elenco del precedente PLS/MMG scelto nell'Azienda Sanitaria di provenienza).

CHIEDO L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PRESSO L'AUSL DI PARMA / L'ASSISTENZA DEL

Dr./Dr.ssa _____

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

- 1) Dr./Dr.ssa _____
- 2) Dr./Dr.ssa _____
- 3) Dr./Dr.ssa _____
- 4) Dr./Dr.ssa _____

DELEGA

Il/La Signor/a (delegato) _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ via _____
documento di riconoscimento _____ n° _____
rilasciato da _____ in data _____

ad effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

In caso di delega, allegare i documenti di identità del delegante e del delegato.

I cittadini di nazionalità straniera o comunitaria devono allegare tutta la documentazione prevista per legge, comprovante il diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

L'indicazione del recapito telefonico è obbligatorio ai fini di ogni eventuale comunicazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, che le copie dei documenti prodotti (N. ____ allegati) sono conformi agli originali.

Ai fini della consegna dell'attestato di iscrizione:

- autorizzo
- non autorizzo

l'Azienda USL a spedire l'attestato al seguente indirizzo personale di posta elettronica:

_____ firma _____
(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Data _____ firma _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

IMPORTANTE:

- La richiesta viene valutata ai sensi della normativa in vigore in materia di iscrizione al SSN e/o di scelta del Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta.
- La validità dell'iscrizione decorre dalla data riportata sull'attestato.

IL MODULO DEVE ESSERE INVIATO IN BASE AL DISTRETTO DI RESIDENZA A:

- distretto di Parma: autocertificazioniparma@pec.ausl.pr.it
- distretto di Fidenza: autocertificazionifidenza@pec.ausl.pr.it
- distretto Sud Est: autocertificazionisudest@pec.ausl.pr.it
- distretto Valli Taro e Ceno: autocertificazionitaroceno@pec.ausl.pr.it

Informazioni sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679)

L'Azienda USL di Parma, in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali conferiti col presente modulo per perseguire finalità amministrative e certificatorie correlate alla cura, volte al riconoscimento del diritto all'iscrizione al SSN e sulla base di un interesse pubblico rilevante. In caso di richiesta, la spedizione dell'attestato tramite posta elettronica avviene in modalità protetta e solo previo rilascio di *specifico consenso*. I dati possono essere comunicati alla Regione Emilia-Romagna in virtù dei flussi informativi previsti dalla legge ed al Medico di Medicina Generale ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. I dati sono trattati in modo sicuro e per il tempo strettamente necessario al perseguimento della finalità per la quale sono trattati. Lei può in ogni momento esercitare i diritti in materia di trattamento dei dati (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, reclamo al Garante nei casi previsti dalla legge). Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato all'indirizzo: dpo@ausl.pr.it. Ulteriori informazioni sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it - sez. Privacy.