

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE o SCELTA MEDICO AUSL DI PARMA  
 per esigenze connesse al periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19**

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 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.

**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 \_\_\_\_\_

**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, in assenza del quale non si garantisce il buon esito della richiesta.**

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@ausl.pr.it](mailto:autocertificazioniparma@ausl.pr.it)
- distretto di Fidenza: [autocertificazionifidenza@ausl.pr.it](mailto:autocertificazionifidenza@ausl.pr.it)
- distretto Sud Est: [autocertificazionisudest@ausl.pr.it](mailto:autocertificazionisudest@ausl.pr.it)
- distretto Valli Taro e Ceno: [autocertificazionitaroceno@ausl.pr.it](mailto:autocertificazionitaroceno@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](mailto:dpo@ausl.pr.it). Ulteriori informazioni sono consultabili sul sito [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it) – sez. Privacy.