

MODULO RICHIESTA ASSISTENZA TEMPORANEA PER MOTIVI DI CURA/STUDIO/LAVORO

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

con cittadinanza _____

C.F./T.S. _____ n° T.S. _____ scadenza _____

Residente a _____ via _____ n° _____ C.A.P. _____

con dimora temporanea a _____ in via _____ n° _____ C.A.P. _____

CHIEDE

Per sé e per i suoi figli minori l'iscrizione temporanea negli elenchi del SSN gestiti da codesta ASL in quanto dimoranti a Napoli per un periodo di mesi _____ (3 o 12) **senza possibilità di rinnovo.**

DICHIARA che il soggiorno temporaneo è dovuto a motivi di:

STUDIO **LAVORO** **SALUTE/CURA** (barrare SOLO la voce che interessa)

COGNOME	NOME	PARENTELA	NATO IL	CODICE FISCALE	CITTADINANZA

Chiede di poter scegliere il dott. _____
 Consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara di: (compilare SOLO i campi che interessano)
 essere lavoratore alle dipendenze di _____
 essere studente _____
 essere già iscritto negli elenchi dell'ASL _____ della Regione _____
 alla quale ho richiesto la cancellazione dagli elenchi dei rispettivi MMG, che rimetto in allegato

Data _____

Firma _____

Allegati:

- iscrizione popolazione temporanea art 32 d.p.r. 223 -certificati medici (in caso di CURA)
- documenti di riconoscimento
- contratto di lavoro a tempo determinato
- certificato di studio