

**A.S.L. VC**Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli**MODULO**Iscriz. elenco assistiti non resid.  
(DIS.MO.0715.01).doc

pag1/2

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI ASSISTITI NON RESIDENTI**

D.P.R. 223/1989 - D.P.R. 28/07/2000 n 270 – Circolari Regionali prot.6624 del 16/10/95, prot.7326 del 15/11/95, prot. 14795/29 – 29.3 del 03.09.03

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ cod.fiscale \_\_\_\_\_

**consapevole che nel caso di dichiarazione falsa e/o mendace sono previste sanzioni penali  
(ART 46 legge 28 DICEMBRE 2000, n. 445)****DICHIARA**

di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_

con il proprio nucleo familiare composto da n° \_\_\_\_\_ persone;

**CHIEDE** **L'ISCRIZIONE** nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L. **IL RINNOVO** dell'iscrizione nell'elenco degli assistiti non residenti di questa A.S.L.

con domicilio a \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_ per un periodo non

inferiore a tre mesi, dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Lucia RUGOLO 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.

**(BARRARE L'IPOTESI CHE INTERESSA)**

<input type="checkbox"/>	<b>MOTIVI DI LAVORO</b> <input type="checkbox"/> <b>Allego:</b> - <b>se lavoratore dipendente:</b> dichiarazione su carta intestata della Ditta con indicazione durata temporale del contratto - <b>se lavoratore autonomo:</b> visura camerale	Se il contratto di lavoro è a tempo determinato, l'iscrizione viene effettuata per la durata del contratto e comunque per un periodo superiore ai tre mesi massimo un anno ed è rinnovabile, se persistono i requisiti
<input type="checkbox"/>	<b>MOTIVI DI STUDIO</b> <input type="checkbox"/> <b>Allego:</b> Certificato di frequenza per corsi di studio (rilasciato dall'Ente con l'indicazione della durata del corso. <input type="checkbox"/> <b>Autocertifico:</b> di essere iscritto presso l'ente scolastico:  indirizzo: _____  Città _____ nell'anno: _____	Scelta del medico a termine superiore a tre mesi e non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>MOTIVI DI SALUTE</b> <b>Allego:</b> certificato rilasciato dall'Ospedale che ha in carico il paziente o dallo Specialista di Struttura Pubblica <b>o dal MMG/PLS.</b>	Dalla relazione sanitaria deve risultare: ➢ la necessità del soggiorno temporaneo ➢ l'eventuale necessità di assistenza da parte di un familiare ➢ l'indicazione della durata  Scelta del medico a termine superiore a tre mesi e non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>OSPITE NELLA CASA DI RIPOSO O IN COMUNITA'</b> <b>Allego:</b> dichiarazione del direttore o del responsabile della struttura	Scelta del medico per un periodo superiore a tre mesi e non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>BAMBINO IN AFFIDAMENTO</b> <b>Allego:</b> documentazione comprovante	Scelta del medico a termine per un periodo superiore a tre mesi non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>DETENUTI IN ATTESA DI GIUDIZIO</b> <b>Allego:</b> documentazione comprovante	Scelta del medico a termine per un periodo superiore a tre mesi non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)
<input type="checkbox"/>	<b>RELIGIOSI</b> <b>Allego:</b> documentazione comprovante	Scelta del medico a termine per un periodo superiore a tre mesi non superiore all'anno (rinnovabile se persistono i requisiti)

Chiede inoltre  **l'iscrizione** per i seguenti familiari a carico:

cognome e nome	Luogo di nascita	Data nascita	Relazione di parentela

**DOCUMENTI DA PRODURRE:**

- TESSERA SANITARIA
- **DOCUMENTO COMPROVANTE L'AVVENUTA CANCELLAZIONE DAGLI ELENCHI DELL'ASL DI RESIDENZA**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

<b>Stesura:</b> Dott.ssa Lucia RUGOLO 31/1/2018	<b>Verifica:</b> Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	<b>Autorizzazione:</b> Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018	<b>Emissione:</b> Dott.ssa Francesca GALLONE – Distretto – 31/1/2018
--	--	--	---