

	<p align="center">DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'</p> <p align="center">DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOS Servizi amministrativi distrettuali</p>	<p align="center">Codifica MOD.ANAGTERR 11.22.00</p>	<p align="center">Rev.00 del 19/09/2022</p> <hr/> <p align="center">Pag. 1 di 1</p>
---	--	--	---

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a _____ prov. (____) il _____, CF _____,
residente a _____ in via _____ n_____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, per formazione e uso di atti falsi (art. 76 DPR 445 del 28-12-2000),

DICHIARA

Di essere domiciliato a _____ in via _____ n. _____
tel. n.....per un periodo di n. mesi.....(oltre 3 massimo 12) per il seguente motivo:

- Lavoro presso _____
(indicare eventuali familiari di cui si chiede l'iscrizione (dati anagrafici, nazionalità e parentela) _____
- Studio presso _____
- Salute (come da documentazione allegata)
- Iscrizione al registro della popolazione temporanea del comune di _____

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196 del 30/06/2003 così come modificato e integrato dal D.L. n. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

firma dell'interessato

Gli utenti non residenti ma domiciliati nel territorio dell'Ulss6 per motivi di salute, lavoro o studio che intendono effettuare la scelta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta in questa Azienda Ulss devono avere prima obbligatoriamente effettuato la revoca del medico assegnato presso l'azienda sanitaria di residenza.

Se la domiciliazione è dovuta a motivi di salute è necessario presentare il certificato di un medico specialista di questa Azienda Ulss che attesti il bisogno di cure presso una struttura del territorio di questa Azienda Ulss.