

Domanda di iscrizione temporanea di cittadini italiani non residenti ai sensi dell' Art. 26 D.P.R. n. 270 e dell'Art. 24 D.P.R. n. 272 del 28/07/2000, nonché della circolare della Regione Liguria n. 130729/5490 del 18/09/2001.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente anagraficamente nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere iscritto negli elenchi degli assistibili della U.S.L. 3 "Genovese" per i motivi di seguito indicati e documentati (vedi retro): \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

e di scegliere per sé e per i propri familiari sottoelencati come medico di fiducia

il dr. \_\_\_\_\_ con ambulatorio a \_\_\_\_\_

Familiari:

_____	nato a _____	il _____	C.F. _____
_____	nato a _____	il _____	C.F. _____
_____	nato a _____	il _____	C.F. _____

A tale scopo allega la seguente documentazione: \_\_\_\_\_

Informato che l'iscrizione è a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, e che è espressamente prorogabile, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni di domicilio, nonché il rientro anticipato nel proprio Comune di residenza.

Inoltre, mentre dichiara di essere a conoscenza del carattere di provvisorietà di tale scelta, produce contestualmente, in calce alla presente, l'accettazione del medico oggetto di scelta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### RISERVATO AL MEDICO

Il dott. \_\_\_\_\_ dichiara di accettare la scelta

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Si invita codesta A.S.L. ad effettuare, per il Periodo sopraindicato, la revoca del medico di fiducia scelto presso la stessa dai sunnominati assistiti.

Distinti saluti.

Il Referente d'Ambito \_\_\_\_\_