

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

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ Prov. _____
residente anagraficamente nel Comune di _____ Prov. _____
e domiciliato a _____ Via _____
Telefono _____ mail _____

CHIEDE

di essere iscritto negli elenchi degli assistibili della ASL 3 "GENOVESE" per il periodo _____
_____ per i motivi di seguito indicati: _____

e di scegliere il Dott. _____ come Medico di fiducia per sé e per i propri familiari sotto elencati:

Cognome e nome

Data di nascita

Parentela

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 _____

Il Dott. _____ dichiara di accettare la scelta

Lì, _____ Timbro e firma _____