

**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 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 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.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 DPR 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti ivi indicate.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

Lì, \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_