

ISCRIZIONE TEMPORANEA

AVENTI DIRITTO:

Cittadini italiani o stranieri iscritti al S.S.N., residenti in altra Regione o in altra ASL della Regione Liguria.

Accettazione domande:

Solo per motivi di:

- salute**
- studio**
- lavoro**
- ricovero per cure**
- assistenza a malati gravi**

Periodo minimo di tre mesi e massimo di un anno (prorogabile).

Documentazione necessaria:

Modulo di richiesta compilato rilasciato dagli Uffici di Anagrafe Sanitaria e controfirmato, per accettazione, dal medico scelto.

Documentazione da **allegare** al suddetto modulo:

se per motivi di salute: certificazione su ricettario bianco di un Medico dipendente o convenzionato, attestante la necessità di cure continue;

se per motivi di lavoro: documento rilasciato dal datore di lavoro o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;

se per motivi di studio: documento rilasciato dalla scuola o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;

se per ricovero o cure: attestato di ricovero;

se per assistenza a malati gravi: certificazione sanitaria.

Attenzione:

L'Azienda Sanitaria che iscrive temporaneamente un cittadino **non può rilasciare nuove esenzioni sanitarie**, ma può inserire le esenzioni già riconosciute ed attestate dall'Azienda di provenienza (di residenza).

Costituiscono eccezione le esenzioni per reddito.



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

ISCRIZIONE TEMPORANEA SSN ITALIANI NON RESIDENTI

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 sottoscritto _____ nato il _____

a _____ Prov. _____

residente anagraficamente nel Comune di _____ Prov _____

Via _____ N. _____ e domiciliato a _____

Prov. _____, Via _____ N. _____

Cod. Fiscale _____

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

Dottor _____ come medico di fiducia per sé e per i familiari sotto elencati:0

Cognome e nome

Data di nascita

Parentela

C. Fiscale

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 Dr. _____ dichiara di accettare la scelta.

Li, _____ **Timbro e firma** _____

Vista la domanda di cui sopra, esaminata la documentazione prodotta dall'interessato, si attesta che il

Signor _____ nato il _____

Nonché i suoi familiari sopra indicati, sono iscritti temporaneamente negli elenchi di questa ASL con effetto dal _____ e che ad essi è assegnato come Medico di fiducia il Dottor _____

Genova, _____

Il Responsabile _____