



Autocertificazione per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale

(D.P.R. 445/2000, art. 46)

Io sottoscritto/a (*nome e cognome*)

DICHIARO CHE

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

sono nato/a il _____ a _____

Stato di nascita _____ | codice fiscale _____

sono residente nel Comune di _____ | Prov. _____ | CAP _____

Via _____ | n. _____

il mio domicilio è nel Comune di _____ | Prov. _____ | CAP _____

Via _____ | n. _____

telefono (*fisso o cellulare*) _____

e-mail (*facoltativo*) _____

la mia famiglia è composta da:

Nome e Cognome	Data di nascita	Grado di parentela

e risiede nel Comune di _____ Prov. _____

Via _____ | n. _____

in data _____ è nato/a a _____

_____ (*nome*) _____ (*cognome*)

residente nel Comune di _____ | Prov. _____ | CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ | Prov. _____ | CAP _____

Via _____ | n. _____

in data _____ a _____ ho sposato _____

_____ (*nome*) _____ (*cognome*)

nato/a il _____ a _____

sono iscritto al centro per l'impiego del Comune di *(specificare)*

come disoccupato con precedenti attività lavorative

sono iscritto come disoccupato al centro per l'impiego del Comune di *(specificare)*

sono iscritto alla camera di commercio del Comune di *(specificare)*

dal _____

sono in possesso di Partita I.V.A. n. _____

sono iscritto al corso di formazione professionale *(specificare)* _____

presso l'ente di formazione *(specificare)* _____

sono iscritto al corso di studi *(specificare)* _____

presso l'università/istituto scolastico di _____

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

ritirare il tesserino sanitario cartaceo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale di persona negli uffici dell'AUSL del distretto sanitario di residenza

ricevere il tesserino sanitario cartaceo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per posta, all'indirizzo *(specificare solo se diverso da quello già indicato)* _____

Via _____

Comune _____

CAP _____

Prov. _____

fare ritirare il tesserino sanitario cartaceo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale a una persona delegata

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma *(per esteso e leggibile)* _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come presentare l'autocertificazione per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale

Può presentare l'autocertificazione in 3 modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it
- per Posta Elettronica Certificata (PEC), all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Deve sempre allegare **una copia di un suo documento di identità**, tranne nel caso in cui presenti la richiesta di persona agli uffici dell'Azienda USL di Modena o tramite la sua PEC personale.