



---

## Cittadini comunitari: autocertificazione per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale e scelta del medico di medicina generale e del pediatra nel territorio dell'AUSL di Modena

---

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

---

telefono (fisso o cellulare)

---

e-mail (facoltativo)

---

### DICHIARO CHE

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

sono nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

---

Stato di nascita | cittadinanza

---

codice fiscale

---

sono residente nel Comune di \_\_\_\_\_ | Prov. Modena

---

Via \_\_\_\_\_ | n. \_\_\_\_\_

---

sono residente nello Stato estero

---

e dimoro nel Comune di \_\_\_\_\_ | Prov. Modena

---

*barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste*

**(a)** svolgo attività lavorativa subordinata presso la ditta (specificare)

---

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_

---

**(b)** svolgo attività lavorativa autonoma e sono iscritto alla Camera di commercio

---

del Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

---

con Partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_ e con posizione INPS n. \_\_\_\_\_

---

**(c)** sono iscritto al centro per l'impiego del Comune di \_\_\_\_\_

---

come disoccupato con precedenti attività lavorative e dichiaro che l'ultima ditta/azienda in cui ho lavorato è denominata (specificare)

---

e ha sede nel Comune di \_\_\_\_\_

---

**(d)** sono un ex lavoratore iscritto al corso di formazione professionale (specificare)

---

presso l'ente di formazione (specificare)

---

**(e)** sono titolare dell'attestato di soggiorno permanente rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_

**(f)** sono coniuge del/della cittadino/a comunitario/a

(nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

che è regolarmente iscritto nelle liste degli assistiti dell'Ausl di Modena

**(g)** sono il genitore/nonno di cittadinanza comunitaria fiscalmente a carico di

(nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

che è

**(g1)** lavoratore subordinato presso la ditta (specificare) \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

**(g2)** lavoratore autonomo iscritto alla camera di Commercio del Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

con Partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_ e posizione INPS n. \_\_\_\_\_

e  sono titolare  non sono titolare  
di pensione nel mio Paese di origine

**(h)** sono il figlio comunitario con età superiore a 21 anni fiscalmente a carico di \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

che è

**(h1)** lavoratore subordinato presso la ditta (specificare) \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

**(h2)** lavoratore autonomo iscritto alla camera di Commercio del Comune di (specificare) \_\_\_\_\_

con Partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_ e posizione INPS n. \_\_\_\_\_

## CHIEDO

per me

▶ l'assistenza del dott. (nome e cognome) \_\_\_\_\_

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza di

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

3. dott. (nome e cognome)

**CHIEDO INOLTRE (compilare solo se si chiede il medico/pediatra per un minore)**

in qualità di

genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

tutore/affidatario

del minore

(nome e cognome)

maschio

femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov. Modena

Via | n.

residente nello Stato estero

e dimorante nel Comune di

| Prov. Modena

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

del minore

(nome e cognome)

maschio

femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

residente nel Comune di

| Prov. Modena

Via | n.

residente nello Stato estero

e dimorante nel Comune di

| Prov. Modena

▶ l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

▶ se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

## SCELGO DI

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

ricevere il documento che attesta il medico assegnato, per posta elettronica all'indirizzo (specificare)

consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato)

Via

Comune

| CAP

| Prov.

## ALLEGRO

- una copia di un documento di identità in corso di validità per me e per i figli minori per i quali è richiesta la scelta del Medico o Pediatra
- una copia del codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate, per me e per i figli minori per i quali è richiesta la scelta del Medico o Pediatra
- una copia del contratto di lavoro o della busta paga - **solo nel caso di attività lavorativa subordinata, caso (a)**
- documentazione che attesta il collegamento tra l'attività lavorativa svolta in precedenza e il corso di formazione professionale - **solo per ex lavoratori iscritti ai corsi di formazione professionale, caso (d)**
- attestato di soggiorno permanente rilasciato dal comune di residenza, **caso (e)**
- copia del certificato estero di parentela tradotto in italiano per coniugi/genitori/nonni/figli over 21 anni - **solo se non ancora residenti nel territorio dell'Ausl di Modena, casi (f), (g) e (h)**
- contratto di lavoro o busta paga del lavoratore subordinato e una copia della dichiarazione di impegno del datore di lavoro per la richiesta delle detrazioni fiscali - **per i genitori/nonni/figli over 21 anni a carico del lavoratore subordinato, casi (g1) o (h1)**
- una copia del modello unico della dichiarazione dei redditi - **per i genitori/nonni/figli a carico del lavoratore autonomo, casi (g2) o (h2)**

## 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](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy).

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su [www.ausl.mo.it/informative-privacy](http://www.ausl.mo.it/informative-privacy). Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a [dpo@ausl.mo.it](mailto:dpo@ausl.mo.it)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### **Come presentare la richiesta**

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo [sportelloonline@pec.ausl.mo.it](mailto:sportelloonline@pec.ausl.mo.it) trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

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".

### **Come viene assegnato il medico/pediatra**

Il medico/pediatra può essere assegnato solo se ha posti disponibili.

La verifica sulla disponibilità di posti viene eseguita in riferimento ai singoli medici, seguendo l'ordine indicato nella richiesta.