

ASL
ROMA 1REGIONE
LAZIO

Allegato 7

ISCRIZIONE SSR CITTADINI EXTRACOMUNITARI

Il/la sottoscritto/a
 cognome nome

consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

DICHIARA

di essere nato/a il a (Nazione)

di essere residente a Roma Via n. cap

Passaporto n. rilasciato il scadenza il

CHIEDE l'iscrizione al SSR

per sé stesso, e allega in copia:

- Permesso di soggiorno valido (o richiesta di rinnovo dello stesso)
- TEAM /Codice Fiscale autocertificazione:
- Motivo del permesso di soggiorno (autocertificazione)

per i familiari di seguito indicati, e allega in copia:

- autocertificazione dello Stato di famiglia attestante la condizione di familiare
- Permesso di soggiorno valido (o richiesta di rinnovo dello stesso)
- TEAM /Codice Fiscale autocertificazione :

| Cognome e Nome | Data Nascita | Luogo Nascita | Rapporto di parentela |
|----------------|--------------|---------------|-----------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

Nome del Medico scelto

Nome del Pediatra scelto _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare alla ASL ogni variazione dei requisiti che attualmente danno diritto all'iscrizione al SSR.

Roma, li

Il Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/03)

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.