

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO NOTORIO

Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

**Allegato A**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .../.../.....

a ..... Prov ..... Codice Fiscale .....

*consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità*

## DICHIARA

di essere residente a ..... Prov ..... CAP.....

Via/C.so/P.za ..... n° ..... tel. .... cell.....

di essere domiciliato a Torino in Via/C.so/P.za ..... n.....

### per il seguente motivo:

**lavoro** (n.b.: solo per contratti/incarichi di durata oltre i 3 mesi) presso .....

(indicare ditta o datore di lavoro)

Via..... n. .... Città ..... Prov. .... fino al .....

(indicare indirizzo ditta o datore di lavoro)

(indicare periodo di permanenza)

Inoltre per libero-professionisti: Professione.....Partita IVA.....

Num. iscrizione all'Ordine Professionale/Collegio/ Cam. di Commercio.....

in quanto familiare a carico del lavoratore (nome/cognome) .....

**studio** (n.b.: solo per corsi di durata oltre i 3 mesi) presso .....

(Nome Istituto/Scuola/Università)

Via..... n. .... Città ..... Prov. .... fino al .....

(indicare indirizzo Istituto/Scuola/Università)

(indicare periodo di permanenza)

### Solo per i residenti fuori Regione Piemonte:

Dichiara che la propria **ASL di residenza** è la seguente: .....

via ..... città ..... prov. .... e che nella suddetta ASL:

**non ha** provveduto       **ha già** provveduto in data ..... alla cancellazione del  
Medico di Medicina Generale dr..... con studio nel Comune di  
..... Provincia..... e di **non aver scelto** attualmente il Medico di  
Medicina Generale in nessuna altra ASL italiana.

**Chiede pertanto la domiciliazione sanitaria per se e per i familiari a carico minorenni o sotto tutela legale sotto elencati:**

Cognome/nome	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela

**Sceglie per se e per i suoi familiari il/i seguente/i professionista/i:**

- Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_

oppure se non disponibile \_\_\_\_\_

- Pediatra di Libera Scelta\*: \_\_\_\_\_

oppure se non disponibile \_\_\_\_\_

oppure se non disponibile \_\_\_\_\_

\* indicare almeno tre nominativi; se i Pediatri di Libera Scelta indicati hanno raggiunto il loro massimale, verranno chiesti ulteriori nominativi.

Torino, ..... Firma per esteso e leggibile .....

---

**PARTE RISERVATA ALLA ASL**

PRIMA ISCRIZIONE                      oppure                       RINNOVO

ALLEGATA ALTRA DOCUMENTAZIONE ( specificare): \_\_\_\_\_

Torino, .....

Firma operatore.....

---