

**PRIMA ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
CITTADINI DOMICILIATI TEMPORANEAMENTE NELL'ASST NORD MILANO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

Art. 47 D.P.R.445 del 28 dicembre 2000

Inviare a

sceltarevoca.bresso@asst-nordmilano.it
sceltarevoca.cinisello@asst-nordmilano.it
sceltarevoca.cologno@asst-nordmilano.it
sceltarevoca.cormano@asst-nordmilano.it
sceltarevoca.cusano@asst-nordmilano.it
sceltarevoca.sesto@asst-nordmilano.it

con gli allegati richiesti. La risposta avverrà via mail non prima di 7 giorni lavorativi.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ provincia di _____ il _____
(luogo)

cittadinanza _____ Residente a _____ prov. _____ cap. _____
(luogo)

In via _____ C.F. _____
(indirizzo)

Proveniente da _____ di _____
(specificare quale ASL/USL/ATS ecc..)

CHIEDE

L'iscrizione temporanea nell'elenco degli assistiti della ATS Milano Città Metropolitana con scelta del medico Dr./ssa _____ **per un periodo di _____ mesi** (*minimo tre mesi e massimo annuale, rinnovabile presentando una nuova richiesta*)

DICHIARA*

di essere domiciliato/a nel Comune di _____ cap _____

in via _____ telefono _____

evidenziare uno dei seguenti requisiti obbligatori per ottenere la domiciliazione sanitaria:

☐ **per motivi di lavoro**

(se dipendente indicare estremi identificativi del datore di lavoro, se autonomo sede e tipologia attività)

Familiari a carico _____

Vedi retro se minori (indicare cognome, nome e C.F.)

☐ **per motivi di studio**

(no fam a carico) (indicare estremi della scuola/corso universitario)

☐ **per motivi di salute**

(no fam a carico) (indicare il codice dell'esenzione per patologia ex D.M. 329/99e s.m.i. e del DPCM 12.01.2017 e/o codice dell'esenzione per invalidità)

☐ **per motivi d'età (dal 75esimo anno)**

☐ **perché inserito in Comunità protetta**

(indicare gli estremi identificativi dell'Istituto)

☐ **perché minore in affido/in attesa di adozione**

☐ **perché familiare a carico di lavoratore residente**

(indicare cognome, nome e C.F. del familiare a carico) (grado di parentela con il familiare residente)

Data _____ Firma _____

*ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e le falsità negli atti, sono puniti dal Codice Penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Informativa ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allegare:

- **attestazione di avvenuta revoca del MMG/PDF effettuata presso l'Azienda Sanitaria di provenienza** (se proveniente da altra Regione)
- **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dal genitore o dal tutore** (vedi retro)
- **copia documento di identità e Tessera Sanitaria**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 5 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)
RESA DAL GENITORE O DAL TUTORE
MINORI**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ provincia di _____ il _____
(luogo)

Residente a _____ prov. _____ cap. _____ in via _____
(luogo) (indirizzo)

in qualità di:

- ☐ **genitore** munito della potestà (barrare una delle caselle sotto elencate):
- o congiunta con il coniuge/altro genitore che è a conoscenza dell'attuale istanza, con attestazione della insussistenza di impedimenti al rilascio della presente autocertificazione;
 - o in via esclusiva;
- ☐ **tutore** (indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela _____)

di (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n _____ cap _____

di (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n _____ cap _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di voler effettuare:

- ☐ SCELTA DEL MEDICO DI BASE/PEDIATRA DI FAMIGLIA

a favore del/i minore/i sopraindicato/i.

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

IL DICHIARANTE

Luogo e data, _____

INFORMAZIONI

NECESSITA' OCCASIONALI DI ASSISTENZA MEDICA

Nel caso in cui il cittadino si trovi occasionalmente nel territorio di una ATS diversa da quella di residenza per un periodo inferiore a tre mesi o per un periodo superiore ma legato a motivi diversi da quelli riportati nella domanda, non è possibile procedere all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale nella ATS di temporanea dimora.

Per problematiche sanitarie non differibili, il cittadino può rivolgersi a:

- ✓ un **medico o pediatra di famiglia** che svolga la sua attività sul territorio, richiedendo una "visita occasionale" ambulatoriale o domiciliare, con pagamento della visita.

Presentando la ricevuta del pagamento alla propria ATS/ASL di residenza, il cittadino ha diritto al rimborso di:

- Prestazione del Medico di famiglia: €15,00 per visita ambulatoriale e €25,00 per visita domiciliare
- Prestazione del Pediatra di famiglia: €25,00 per visita ambulatoriale e €35,00 per visita domiciliare

L'elenco dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di famiglia è esposto negli Uffici di Scelta e Revoca territoriali e sul sito di ATS <https://www.ats-milano.it/portale/Cerca-medico-o-pediatra>

Per informazioni consultare il sito di ATS Milano Città Metropolitana <https://www.ats-milano.it/portale>