



ASL Oristano

Azienda socio-sanitaria locale

**Domanda di Iscrizione Temporanea negli elenchi della assistiti della Asl 5 Oristano –
Distretto Socio-Sanitario Oristano**

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (Art. 47 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)

Il Sottoscritto Nato a il/...../.....

residente a in Via N.

Telefono Posta elettronica.....

e' domiciliato (dimora abituale) per motivi di _____

Località in Via N.

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000.

Dichiara quanto segue:

(Indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari e indispensabili ai fini della richieste autocertificabili ai sensi del D.P.R. 445/2000)

- o **Lavoro**(Allegare certificazione del datore di lavoro e dichiarare la dimora abituale)

Località in Via N.

- o **Studio**(Allegare certificazione di studio e dichiarare la dimora abituale)

Località in Via N.

- o **Salute**(Allegare certificazione medica e dichiarare la dimora abituale)

Località in Via N.

Dichiara altresì:

- di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde al vero.
- di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del d.lgs n. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali risoluzioni anticipate della dimora temporanea e modifiche della stessa in senso definitivo.

Data _____

Firma dell'assistito _____

Spazio riservato all'Ufficio

Si autorizza l'iscrizione negli elenchi delle Scelte Temporanee dal _____ al _____

Data _____

L'Operatore dell'Ufficio _____