

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
cod. fiscale _____ cittadinanza _____
residente a _____ prov. _____ via/p.za _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____

CHIEDO ALL'AUSL TOSCANA CENTRO

per me stesso
 per il /la sig./sig.ra _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____

in qualità di genitore del minore tutore affidatario di minore (a seguito di provvedimento del Tribunale dei Minori di cui allego copia)

l'iscrizione temporanea, con scelta del medico*, negli elenchi degli assistiti dell'Azienda USL Toscana centro per elezione del domicilio sanitario nel

Comune di _____ via/piazza _____ n. _____

e che sia assegnato il/la dott./dott.ssa _____

NOTA: il domicilio ha una durata massima di 1 anno rinnovabile da parte dell'interessato presentando una nuova richiesta

A tale scopo autorizzo l'AUSL Toscana centro ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al S.S.R., e di comunicarli al/ai medico/i di fiducia scelto per me e per i suddetti familiari, nonché al rispettivo sostituto/i.

PRENDO ATTO che in caso di mancato rinnovo alla scadenza dell'iscrizione l'Azienda USL Toscana centro provvederà alla cessazione d'ufficio dell'assistenza per me e/o familiari sopra elencati.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità

DICHIARO

- che il domicilio sanitario avrà una durata superiore a 3 mesi e fino ad un massimo di 1 anno dal _____ al _____ e che in tale periodo sussiste una delle condizioni sotto indicate:
- che il domicilio sanitario è concesso solo ai residenti di altra Azienda USL, non è previsto per residenti in Comuni appartenenti all'Azienda USL Toscana centro.

* Per consultare l'elenco dei Medici di medicina generale e dei Pediatri collegarsi all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/medico-di-famiglia-e-pediatra-scelta/ambulatori-medici-di-famiglia-e-pediatri-2>
o inquadrare il QRcode a margine



Le disponibilità di scelta sono visibili su piattaforma OPEN
(previa autenticazione con tessera sanitaria attivata o identità SPID) e presso gli sportelli di anagrafe sanitaria presenti sul territorio

MOTIVI DI LAVORO

di essere **lavoratore dipendente** presso _____
Comune _____ via/piazza _____
N. posizione INPS/matricola aziendale _____
(dato acquisibile dalla busta paga)

di essere **lavoratore autonomo** iscritto alla Camera di Commercio di _____
Albo/Ordine _____ di _____
con sede dell'attività nel Comune di _____

di essere **iscritto al Centro per l'Impiego** di _____
NOTA: nel caso di iscrizione al centro per l'impiego il domicilio non è rinnovabile

SEGUI L'AZIENDA USL TC ANCHE SUI SOCIAL



Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscana centro> o scansionando il QR code a margine.



MOTIVI DI STUDIO

di essere studente presso _____
con sede nel Comune di _____

MOTIVI DI SALUTE

motivi di salute (NOTA: allegare certificazione del medico specialista di struttura pubblica o del medico del distretto)

ALTRI MOTIVI

- per assistere in maniera continuativa il/la sig./sig.ra _____
residente a _____ in qualità _____
- per ricevere assistenza in maniera continuativa dal/dalla sig./sig.ra _____
residente a _____ in qualità _____
- di essere in stato di semilibertà (Nota: allegare copia del provvedimento)
presso _____ Comune _____ Via/P.za _____
- di essere militare di carriera in distacco temporaneo
- di prestare servizio civile presso _____
- di essere religioso (fino alla professione dei voti)
presso l'Istituto religioso _____
- di essere ricoverato in istituto di cura o RSA _____ Comune _____
- per ricongiungimento al familiare sig./sig.ra _____
già iscritto/a nell'elenco dell'ASL Toscana centro per
- domicilio sanitario nel Comune di _____
- residente a _____ (NOTA: rinnovabile una sola volta)

Data _____

Firma del dichiarante _____

Nel caso che la richiesta riguardi il soggetto minorenne _____
(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (art. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile).

Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori

RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO Presidio di _____

Estremi del documento del dichiarante _____

Firma dell'operatore _____

All'Azienda USL _____

Comunicazione di elezione di domicilio sanitario dei nominativi sopraelencati presso l'AUSL Toscana centro con scelta del medico

Dr. _____ con decorrenza dal _____

Data ____/____/____ _____

(firma e timbro AUSL)