

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

RICHIESTA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA PER DOMICILIO SANITARIO**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dell'Atto di notorietà
(Artt. 46, 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**
 Prima iscrizione **Rinnovo dell'iscrizione**

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____

in Via _____ N. _____ tel./cell. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

CHIEDE
 per se stesso **per i propri familiari sotto elencati**

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Il domicilio sanitario nel Comune di _____ Prov. _____

in Via _____ N. _____

a partire dal ____ / ____ / ____ **al** ____ / ____ / ____ **(min.3 mesi – max 1 anno rinnovabili)**

per i seguenti motivi, per i quali dovrà essere presentata specifica certificazione:

- LAVORO** (contratto di lavoro)
- STUDIO** (attestato di iscrizione alla scuola, istituto, facoltà)
- SALUTE** (certificazione attestante il ricovero o la necessità di soggiorno per motivi di salute o assistenza attestato da un medico specialista di struttura pubblica)
- ALTRO** (assistenza per familiari):

*La motivazione è soggetta all'autorizzazione del Direttore di Distretto***ALLEGA CERTIFICATO DI REVOCA DEL MEDICO CURANTE A TEMPO INDETERMINATO RILASCIATO DALL'ASL DI RESIDENZA****PRENDO ATTO DELL'INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 "CODICE DELLA PRIVACY" RIPORTATA SUL RETRO DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE**

Luogo e data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

In relazione alla motivazione espressa: **SI AUTORIZZA** **NON SI AUTORIZZA**

Data _____

Firma del Direttore di Distretto

INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 "CODICE DELLA PRIVACY"

- a) I trattamenti dei dati personali sono effettuati dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS 5) ai fini dell'iscrizione temporanea al Servizio Sanitario Nazionale per domicilio sanitario in Comune diverso da quello di residenza. Il trattamento è effettuato con e/o senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprende, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) D.Lgs. 196/03 e necessarie al trattamento in questione, ivi inclusa la comunicazione ai soggetti di cui alla successiva lettera d e comunque con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente.
- b) Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria.
- c) Il difetto, totale o parziale, del conferimento dei dati personali comporta, pertanto, l'impossibilità di perseguire le finalità indicate alla lettera a.
- d) I dati personali oggetto dei trattamenti in questione possono essere comunicati a soggetti diversi dall'AAS 5 per le finalità indicate nella lettera a.
- e) Nei casi previsti dalla normativa vigente (ad es., legge n. 241 del 1990), ai documenti detenuti dall'AAS 5 contenenti i suoi dati personali possono avere accesso soggetti pubblici o privati.
- f) Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, l'interessato/a ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati trattati e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento facendone esplicita richiesta al Responsabile del trattamento.
- g) Titolare del trattamento è l'AAS 5. Responsabile del trattamento è il Responsabile del Distretto a cui è presentata l'istanza.