

**RICHIESTA DI ASSISTENZA SANITARIA PER CITTADINI ITALIANI,  
DOMICILIATI NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 8 BERICA  
E RESIDENTI NEL TERRITORIO DI ALTRE AZIENDE ULSS/ASL**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero,  
così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

**CHIEDE**

**l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale presso l'Azienda ULSS 8 Berica  
nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

**per sé e per i propri familiari sotto indicati:**

*In caso di richiesta a favore di figlio/i minore/i, si DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale.*

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela	Firma dei maggiorenni per delega

**Allegati:**

1. Documento d'identità del richiedente e dei familiari per cui si presenta domanda;
2. Codice Fiscale del richiedente e dei familiari per cui si presenta domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

*In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta*