

**PRIMA ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
CITTADINI DOMICILIATI TEMPORANEAMENTE NELL'ATS MILANO CITTA'
METROPOLITANA E RESIDENTI FUORI MILANO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Inviare a scealtarevoca.bandenere@asst-santipaolocarlo.it con gli allegati richiesti. La risposta avverrà via mail non prima di 7 giorni lavorativi.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia di _____ il _____

cittadinanza _____ Residente a _____ prov. _____ cap. _____

In via _____ C.F. _____

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*) l'elenco dei medici di base con gli indirizzi degli ambulatori, orari e recapiti è reperibile al seguente link: <https://www.ats-milano.it/portale/Cerca-medico-o-pediatra>

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, data e luogo di nascita 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. 329/99 e s.m.i. e del DPCM 12.1.2017 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 affidamento/in attesa di adozione

perché familiare a carico di lavoratore residente _____

(indicare cognome e nome, 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.L.gs 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 _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov. e cap) (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

D I C H I A R A

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.

(luogo e data) _____ IL DICHIARANTE _____

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>

- ✓ oppure può rivolgersi alla **Continuità Assistenziale** telefonando al numero verde 800.193.344 (Milano)
- nei giorni prefestivi, festivi, sabato e domenica dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- dal lunedì alla domenica dalle ore 20.00 alle ore 8.00
- ✓ per necessità sanitarie urgenti è possibile rivolgersi al **Pronto Soccorso** di una delle strutture ospedaliere del territorio

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