

**DOMANDA PER IL RILASCIO DI TESSERA SANITARIA**

Il sottoscritto.....  
**CHIEDE**

per sé e/o per i seguenti familiari:

L'ISCRIZIONE COME DOMICILIATO NEGLI ELENCHI DELL'U.L.S.S. N. 7 PER UN PERIODO DI MESI \_\_\_\_\_  
per motivi di: lavoro studio altro \_\_\_\_\_  
all'indirizzo sottoriportato.

A tal fine, **CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI PREVISTE** dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, **NONCHE'**, ai sensi dell' art. 75 del D.P.R. 445/2000, **DELLA DECADENZA DEI BENEFICI** prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere,

**DICHIARA (ART. 46 DEL DPR 445/2001)**

di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
di essere cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_  
di avere la qualifica professionale di: \_\_\_\_\_  
di essere studente iscritto a \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE (ART. 47 DEL DPR 445/2001)**

di essere domiciliato al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

di lavorare \_\_\_\_\_

luogo e data \_\_\_\_\_

(firma per esteso del dichiarante)

**Le dichiarazioni ai sensi dell'art. 47** vanno firmate in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero, trasmesse debitamente firmate, con allegata fotocopia, non autenticata, di un documento di identità (ART. 38 del DPR 445/2000).

FIRMA APPOSTA IN MIA PRESENZA DAL SIG. \_\_\_\_\_  
IDENTIFICATO MEDIANTE \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO ADDETTO \_\_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/1996 e s.m.i.: I DATI SOPRA RIPORTATI SONO PRESCRITTI DALLE DISPOSIZIONI VIGENTI AI FINI DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE SONO RICHIESTI E VERRANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER TALE SCOPO.