

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ISCRIZIONE TEMPORANEA NELLE AZIENDE
SOCIOSANITARIE TERRITORIALI DELLA REGIONE LOMBARDIA
(domicilio nella Asst di Crema e residenza in Regione Lombardia)**

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____

emesso il _____ da _____

iscritto negli elenchi assistiti della Azienda Sanitaria Locale di _____

DICHIARA

di essere domiciliato nel comune di _____

via _____ telefono _____

per motivi di lavoro _____
(indicare estremi identificativi del Datore di lavoro)

per motivi di studio _____
(indicare estremi della scuola/corso universitario)

per motivi di salute _____
(indicare il codice di esenzione per patologia ex D.M. 329/99 e successive integrazioni, D.M. 279/01 e/o il codice dell'esenzione per invalidità)

CHIEDE DI SCEGLIERE COME MEDICO DI MEDICINA GENERALE

IL DR. _____

Eventuale seconda scelta il DR. _____

Data _____

Firma _____

**Allegato: fotocopia documento d'identità
revoca medico asl di residenza*

Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.