

**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 \_\_\_\_\_  
(allegare contratto di lavoro)

per motivi di studio \_\_\_\_\_  
(allegare iscrizione alla scuola/corso universitario)

per motivi di salute \_\_\_\_\_  
(allegare documentazione sanitaria specialistica attestante i motivi di salute)

**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.*