

**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.