



Regione \_\_\_\_\_ alla quale codesta Azienda ASL provvederà a trasmettere il tesserino sanitario e copia della presente per gli adempimenti di propria competenza.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di domicilio o rientro anticipato nel proprio Comune di residenza.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal EU GDPR 2016/679, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

PRIMA ISCRIZIONE

RINNOVO

L'Ufficio esaminata la richiesta del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
e, accertata l'avvenuta cancellazione dell'Assistita/o dagli elenchi MMG/PLS dell'ASL di appartenenza prevista dal comma 2 dell'Accordo stato-Regioni del 08/05/2003, esprime parere:

FAVOREVOLE

SFAVOREVOLE

riservandosi la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni in essa prodotte.

\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il Responsabile Procedimento Amm.vo  
Ufficio Anagrafe DSS 9