

DOCUMENTI NECESSARI PER IL CAMBIO DEL MEDICO DI BASE

<p><i>STUDENTI ITALIANI NON RESIDENTI A L'AQUILA <u>VALIDITA' ANNO SCOLASTICO</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • TESSERA CARTACEA ORIGINALE DELLA ASL DI APPARTENENZA
	<ul style="list-style-type: none"> • CERTIFICATO DI FREQUENZA SCOLASTICA
	<ul style="list-style-type: none"> • DOMANDA D'ISCRIZIONE TEMPORANEA NEGLI ELENCHI ASSISTITI DELLA ASL 04 L'AQUILA. SE CONVITTORE MINORENNE SOTTOSCRITTA DAL GENITORE/DELEGANTE (MODULO DA COMPILARE IN SEGRETERIA)
	<ul style="list-style-type: none"> • SE CONVITTORE MINORENNE DELEGA DI UN FAMILIARE ALL'INFERMIERE (MODULO DA COMPILARE IN SEGRETERIA)
<p><i>PER GLI STUDENTI EXTRACOMUNITARI <u>VALIDITA' ANNO SOLARE</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • PERMESSO DI SOGGIORNO VALIDO
	<ul style="list-style-type: none"> • CERTIFICATO DI FREQUENZA SCOLASTICA
	<ul style="list-style-type: none"> • VERSAMENTO DI € 149.77 C/O BNL (MODULO IN BANCA PRESTAMPATO) A FAVORE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE DA PORTARE IN QUESTURA (CHE RILASCIANDO DOCUMENTAZIONE SPECIFICA)
	<ul style="list-style-type: none"> • SE CONVITTORE MINORENNE DELEGA DI UN FAMILIARE ALL'INFERMIERE DEL CONVITTO (MODULO DA COMPILARE IN SEGRETERIA)
<p><i>PER GLI STUDENTI DELLA COMUNITA' EUROPEA <u>VALIDITA' ANNO SOLARE</u></i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • CERTIFICATO DI FREQUENZA SCOLASTICA
	<ul style="list-style-type: none"> • PERMESSO DI SOGGIORNO VALIDO
	<ul style="list-style-type: none"> • STIPULA DI UN'ASSICURAZIONE PRIVATA PER ASSISTENZA SANITARIA DA CONSEGNARE ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE ASSIEME ALLA RICHIESTA DI CONVIVENZA ANAGRAFICA DEL CONVITTO E ALLA DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA (MODULI DA COMPILARE IN SEGRETERIA)
	<ul style="list-style-type: none"> • SE CONVITTORE MINORENNE DELEGA DI UN FAMILIARE ALL'INFERMIERE DEL CONVITTO (MODULO DA COMPILARE IN SEGRETERIA)

FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGANTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....
PADRE/MADRE DEL CONVITTORE
DELEGA L'INFERMIERE SIG..... PER LA
PRATICA DI SCELTA DEL MEDICO DI BASE

FIRMA DEL DELEGANTE



REGIONE ABRUZZO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N°4 – L'AQUILA

Dipartimento per l'Assistenza di Base

DOMANDA DI ISCRIZIONE TEMPORANEA NEGLI ELENCHI ASSISTITI DELLA ASL04 L'AQUILA

CIRCOLARE MINISTERO DELLA SANITA' 11/05/84 N.1000.116

CIRCOLARE MINISTERO DELLA SANITA' 1200/SRC/MG/AB/QUE57/867 DEL 05/06/2001

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

attualmente domiciliato a _____ in Via _____

per motivi _____

come risulta dalla documentazione di seguito allegata.

CHIEDE

per se,(e per i suoi familiari a carico se presenta motivi di lavoro)

Dal _____ al _____ l'iscrizione temporanea nell'elenco dei non residenti di questa ASL04 impegnandosi a notificare tempestivamente eventuali risoluzioni anticipate della dimora temporanea o modifiche della stessa in senso definitivo.

Data _____

Firma dell'Assistito
