



Il sottoscritto/a (richiedente) cognome e nome _____

 PADRE/MADRE **AMM. DI SOSTEGNO/TUTORE/CURATORE (allegare Decreto di nomina)**

residente a _____ via _____ n. _____

tipo di documento di riconoscimento carta d'identità passaporto patente

numero _____ emesso il _____ da _____

Rec. Telefonico _____ Mail _____

ALLEGARE fotocopia del documento di identità del richiedente

CHIEDE

L'iscrizione sanitaria del/della proprio/a figlio/a SOTTO INDICATO e l'assegnazione al pediatra

Dr./Dr.ssa _____ (barrare se è ricongiunzione familiare con altri fratelli/sorelle) **indicare i nominativi e codici fiscali dei fratelli /sorelle con lo stesso pediatra:**_____
_____**Oppure il Dr./Dr.ssa** _____ (in alternativa, se non dovesse aver posti liberi la prima scelta)**NUOVO NATO:** Cognome e nome _____

nazionalità _____ nata/o a _____ il _____

Residente a _____ (prov. _____) via _____ n. _____

- ALLEGA il documento ufficiale di attribuzione del codice fiscale del nuovo nato, rilasciato da Agenzia delle Entrate o Comune di residenza
- ALLEGA le TS di entrambi i genitori, Se trattasi si cittadino straniero di nazionalità UE
- ALLEGA i permessi di soggiorno e le carte di identità di entrambi i genitori, se trattasi di cittadino straniero di nazionalità extracomunitaria

Luogo, data _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

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.

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.gs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.