

ITALIANO L2 - LIVELLO A1

Unità 6 “Il medico di base”

La tessera sanitaria

1. Inserisci i dati personali.



Codice Fiscale

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Provincia di nascita

Data di nascita

Data di scadenza

Sesso

DOMANDA DI ATTRIBUZIONE CODICE FISCALE, COMUNICAZIONE VARIAZIONE DATI E RICHIESTA TESSERINO/TESSERA SANITARIA (PERSONE FISICHE)

QUADRO A Sezione I Tipologia richiedente	<input checked="" type="radio"/> D RICHIESTA DIRETTA PER SE STESSO	<input type="radio"/> T RICHIESTA PER SOGGETTO TERZO	CODICE TIPOLOGIA RICHIEDENTE (solo per attribuzione codice fiscale)
Sezione II Tipo richiesta	<input checked="" type="radio"/> 1 ATTRIBUZIONE CODICE FISCALE RICHIESTA TESSERINO CODICE FISCALE <input type="checkbox"/>		
	<input type="radio"/> 2 VARIAZIONE DATI CODICE FISCALE		
	<input type="radio"/> 3 COMUNICAZIONE DECESSO CODICE FISCALE		DATA DECESSO
	<input type="radio"/> 4 RICHIESTA CERTIFICATO DI CODICE FISCALE CODICE FISCALE		
	<input type="radio"/> 5 RICHIESTA DUPLICATO TESSERINO/TESSERA SANITARIA CODICE FISCALE		<input type="checkbox"/> MOTIVAZIONE
QUADRO B Dati anagrafici	COGNOME <input type="text"/> NOME <input type="text"/> SESSO <input type="text"/>		
	COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA <input type="text"/>		PROVINCIA <input type="text"/> DATA DI NASCITA <input type="text"/>
QUADRO C Residenza anagrafica/ domicilio fiscale	COMUNE <input type="text"/> PROVINCIA <input type="text"/> C.A.P. <input type="text"/>		
	TIPOLOGIA (via, piazza, ecc.) <input type="text"/> INDIRIZZO <input type="text"/>		
	NUMERO CIVICO <input type="text"/>		FRAZIONE/ALTRO <input type="text"/>
QUADRO D Residenza estera	STATO ESTERO <input type="text"/> STATO FEDERATO, PROVINCIA, CONTEA <input type="text"/>		
	LOCALITÀ DI RESIDENZA <input type="text"/>		CODICE POSTALE <input type="text"/>
	INDIRIZZO <input type="text"/>		
QUADRO E Eventuali altri codici fiscali attribuiti	CODICE FISCALE <input type="text"/>		
	CODICE FISCALE <input type="text"/>		
ALLEGATI	<input type="text"/> <input type="text"/>		
SOTTOSCRIZIONE	CODICE FISCALE RICHIEDENTE DIVERSO DA PERSONA FISICA <input type="text"/>		CODICE FISCALE SOTTOSCRITTORE <input type="text"/>
	DATA <input type="text"/>		FIRMA <input type="text"/>
DELEGA	I sottoscritt_ <input type="text"/> delega <input type="text"/>		
	nato/a <input type="text"/> il <input type="text"/>		CODICE FISCALE <input type="text"/>
	a presentare il modello per suo conto e a ritirare l'eventuale certificazione rilasciata dall'ufficio		
	DATA <input type="text"/>		FIRMA <input type="text"/>

ITALIANO L2 LIVELLO A1

Unità 6 “Il medico di base”

La scelta e la revoca del medico di base

1 Per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e per l'assistenza medica occorrono i seguenti documenti:

1) PERMESSO DI SOGGIORNO	2) CODICE FISCALE
3) CERTIFICATO DI RESIDENZA	4) TESSERA SANITARIA



la compilazione del modulo **SCelta MEDICO** (per la prima richiesta) o del modulo **REVOCA/SCelta MEDICO** (per le richieste successive).

2 A. Osserva i seguenti moduli compilati.

Modulo scelta medico

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E SCELTA MEDICO

Artt. 46 e 47 – lettera b) del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritto/a BLANCO INES,
nato/a il 15/09/1987 a SANTO DOMINGO,
residente in PESCARA (prov. PE),
via/piazza TAVO n. 200,
codice fiscale XXXXXX87X77XXXXX,
tessera sanitaria n. 11111222223333344444,
tel. 085 43143

DICHIARA

di SCEGLIERE il Dott. STEFANO GOLDONI.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal codice penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Luogo e Data PESCARA, 15/10/2020

Firma del dichiarante Ines Blanco

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

Modulo revoca/scelta medico

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E REVOCA/SCelta MEDICO

Artt. 46 e 47 – lettera b) del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritto/a BLANCO INES,
nato/a il 15/09/1987 a SANTO DOMINGO,
residente in PESCARA (prov. PE),
via/piazza TAVO n. 200,
codice fiscale XXXXXX87X77XXXXX,
tessera sanitaria n. 11111222223333344444,
tel. 085 43143

DICHIARA

di REVOCARE il medico Dott. STEFANO GOLDONI e contestualmente
di SCEGLIERE il Dott. GAETANO SILVESTRE.

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal codice penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Luogo e Data PESCARA, 15/10/2020

Firma del dichiarante Ines Blanco

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

2 B. Compila i seguenti moduli con i tuoi dati personali sulla base di quelli osservati.

Modulo scelta medico

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E SCELTA MEDICO

Artt. 46 e 47 – lettera b) del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritto/a ,

nato/a il a ,

residente in (prov.) ,

via/piazza n. ,

codice fiscale ,

tessera sanitaria n. ,

tel.

DICHIARA

di SCEGLIERE il Dott. .

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal codice penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Luogo e Data ,

Firma del dichiarante

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.

Modulo revoca/scelta medico

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E REVOCA/SCELTA MEDICO

Artt. 46 e 47 – lettera b) del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritto/a ,

nato/a il a ,

residente in (prov.) ,

via/piazza n. ,

codice fiscale ,

tessera sanitaria n. ,

tel.

DICHIARA

di REVOcare il medico Dott. e contestualmente

di SCEGLIERE il Dott. .

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, di essere consapevole delle sanzioni previste dal codice penale in caso di mendaci dichiarazioni o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Luogo e Data ,

Firma del dichiarante

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento nel corso del quale la presente dichiarazione viene resa.