



COMUNE DI ROCCALUMERA

Città Metropolitana di Messina

AVVISO PUBBLICO



ANAGRAFE SANITARIA

Scelta, cambio e revoca Medico di base e Pediatra
Emissione libretto sanitario
Attivazione tessera sanitaria
Iscrizione, variazione e cancellazione dell'Assistito

Il Sindaco

Rende noto che, al fine di fornire un concreto aiuto alla popolazione **RESIDENTE** e a seguito della sottoscrizione di apposita Convenzione con l'ASP di Messina, è stato avviato il servizio di Anagrafe Sanitaria per: **scelta, cambio e revoca Medico di base e Pediatra, emissione libretto sanitario, attivazione tessera sanitaria, iscrizione, variazione e cancellazione Assistito.**

Modalità - Gli utenti interessati dovranno presentare la richiesta utilizzando **l'apposito modulo**, che può essere scaricato dal sito del Comune www.comune.roccalumera.me.it - Sezione "Informazioni", oppure ritirato direttamente presso l'Ufficio Servizi Sociali tutti i lunedì dalle ore 15:30 alle ore 18:00, previa prenotazione telefonica.

Il modulo, debitamente compilato, potrà essere presentato: direttamente al protocollo dell'Ente o per Email servizi.sociali@comune.roccalumera.me.it o Pec protocollo@pec.comune.roccalumera.me.it. Sarà cura dell'Ufficio completare l'istruttoria.

Il ritiro della ricevuta della prestazione richiesta o del libretto sanitario potrà essere effettuato presso l'Ufficio Servizi Sociali, previa prenotazione telefonica, **tutti i lunedì dalle ore 15:30 alle ore 18:00** o, per motivi straordinari, concordato con l'Ufficio.

Per informazioni e prenotazioni TUTTI I LUNEDÌ DALLE ORE 15:30 ALLE ORE 18:00:

Dott.ssa Angelica Caspanello, E-mail servizi.sociali@comune.roccalumera.me.it, tel 0942744950, cell/whatsapp 3791976891.

Dalla Residenza Municipale, 17.09.2020



IL SINDACO
Dott. Gaetano Argiroffi

OGGETTO: Iscrizione SSN, scelta – cambio – revoca Medico di base e Pediatra.

-
- ▶ per se
 - ▶ 1 sottoscritto/a _____ Sesso _____
 - ▶ Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 - ▶ Codice Fiscale _____ E-mail _____
 - ▶ Comune di residenza _____ Via _____ n. _____
 - ▶ Cittadinanza _____ telefono _____
(obbligatorio)

CHIEDE

-
- ▶ per i seguenti familiari conviventi _____ Sesso _____
 - ▶ grado parentela _____
 - ▶ Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 - ▶ Codice Fiscale _____
 - ▶ Comune di residenza _____ Via _____ n. _____
 - ▶ Cittadinanza _____ telefono _____

-
- ▶ per i seguenti familiari conviventi _____ Sesso _____
 - ▶ grado parentela _____
 - ▶ Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 - ▶ Codice Fiscale _____
 - ▶ Comune di residenza _____ Via _____ n. _____
 - ▶ Cittadinanza _____ telefono _____

-
- ▶ per i seguenti familiari conviventi _____ Sesso _____
 - ▶ grado parentela _____
 - ▶ Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
 - ▶ Codice Fiscale _____
 - ▶ Comune di residenza _____ Via _____ n. _____
 - ▶ Cittadinanza _____ telefono _____

- ▶ per i seguenti familiari conviventi _____ Sesso _____
- ▶ grado parentela _____
- ▶ Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____
- ▶ Codice Fiscale _____
- ▶ Comune di residenza _____ Via _____ n. _____
- ▶ Cittadinanza _____ telefono _____

l'Iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina con il Pediatra Dr. _____

l'Iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina con il Medico Dr. _____

il duplicato del libretto di iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina in quanto smarrito/derubato.

il cambio del Medico dal Dr. _____ al Dr. _____

il cambio Pediatra dal Dr. _____ al Dr. _____

la revoca dell'iscrizione al SSN presso l'ASP di Messina per motivi di _____

Data _____

Firma del richiedente _____

Il richiedente autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii., esclusivamente nell'ambito delle procedure di cui all'oggetto.

Data _____

Firma del richiedente _____

Allegare documento di riconoscimento e tessera sanitaria in corso di validità del richiedente e dei conviventi per cui si inoltra la richiesta.