USLUmbria2

Il/La sottoscritto/a……

nato/a a ..... provincia ……..…..... il .....……

residente anagraficamente nel comune di ..... provincia ……

in via ..... n. .....……

cittadinanza ..... codice fiscale…….....……

telefono (fisso e cellulare)……..……

e-mail ……..

consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

CHIEDE DI ATTIVARE LA PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER:

- Prima iscrizione SSN – Umbria:

	Cittadino Italiano
	Cittadino Comunitario
	Cittadino Extracomunitario

- Rinnovo Assistenza – Umbria:

	Cittadino Italiano
	Cittadino Comunitario
	Cittadino Extracomunitario

- Domicilio sanitario
- Deroga territoriale
- Proroga PLS 14 anni
- Duplicato TS
- Esenzione ticket
- Proroga Assistenza (Delibera Regione Umbria n. 682 del 30/07/2020) per il sottoscritto e i seguenti familiari :

COGNOME NOME	DATA NASCITA	COD.FISCALE	NAZIONALITA'	RELAZIONE PARENTELA

Luogo e data_____ Firma _____

SI PRECISA CHE LA S.V. VERRA' RICONTATTATA DAL SERVIZIO PER CONCLUDERE IL PROCEDIMENTO