



**ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
MODULO PER CITTADINI ITALIANI RESIDENTI IN ITALIA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ via _____

D I C H I A R A

- di essere nato ail
- di essere residente avia..... n.
- di essere cittadino italiano
- la nascita del/della figlio/a
- nato/a a il
- il decesso di in data
- che la propria famiglia è così composta:

Parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Data

Firma

La firma non deve essere autenticata né necessariamente apposta in presenza dell'impiegato dell'ente cui la presente dichiarazione è indirizzata (art. 46 del DPR 445/2000).

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD 679/2016).

Firma _____