



**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 a .....il .....
- di essere residente a .....via..... 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 \_\_\_\_\_