



**ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
MINORE IRREGOLARE – D.G.R. X/1185 DEL 20.12.2013**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

recapito (domicilio/tel.): \_\_\_\_\_

in qualità di

genitore

accompagnatore

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**D I C H I A R A**

che il sotto riportato minore

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

nato a (Nazione) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Stato di provenienza \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_

si trova in condizione di irregolarità sul territorio italiano e chiede per lo stesso l'iscrizione al S.S.R. ai sensi della D.G.R. X/1185 del 20.12.2013.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_