

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_)

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

DOMICILIATO A \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_)

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_, N. TEL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ATTIVARE LA PROCEDURA AMMINISTRATIVA PER**

- Prima iscrizione SSN – Umbria:
  - Cittadino Italiano
  - Cittadino Comunitario
  - Cittadino Extracomunitario
  
- Rinnovo assistenza:
  - 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 e nome	relazione parentela	data di nascita	Codice Fiscale	cittadinanza

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_