

Al Dirigente Sanitario  
P.O. San Giovanni di Dio  
P.O. Monserrato

Al Servizio del Personale

Oggetto: Comunicazione indirizzo di residenza e/o domicilio.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ dipendente c/o il  
P.O. di \_\_\_\_\_ dichiara di risiedere nel  
Comune di \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ e di essere domiciliato nel Comune  
di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ s'impegna a comunicare tempestivamente  
all'Amministrazione le eventuali variazioni.

Allega piantina  si  no

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**COPIA PER IL SERVIZIO DEL PERSONALE**

Al Dirigente Sanitario  
P.O. San Giovanni di Dio  
P.O. Monserrato

Al Servizio del Personale

Oggetto: Comunicazione indirizzo di residenza e/o domicilio.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ dipendente c/o il  
P.O. di \_\_\_\_\_ dichiara di risiedere nel Comune  
di \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ e di essere domiciliato nel Comune  
di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ s'impegna a comunicare tempestivamente  
all'Amministrazione le eventuali variazioni.

Allega piantina  si  no

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Comunicazione per i dirigenti sanitari**  
Nell'eventualità che il dipendente allegi una piantina per agevolare l'individuazione del proprio domicilio, si raccomanda di utilizzare la stessa per le eventuali richieste di visite fiscali.

**COPIA PER IL PRESIDIO D'APPARTENENZA**

Al Dirigente Sanitario  
P.O. San Giovanni di Dio  
P.O. Monserrato

Al Servizio del Personale

Oggetto: Comunicazione indirizzo di residenza e/o domicilio.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ dipendente c/o il  
P.O. di \_\_\_\_\_ dichiara di risiedere nel  
Comune di \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ e di essere domiciliato nel Comune  
di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ s'impegna a comunicare tempestivamente  
all'Amministrazione le eventuali variazioni.

Allega piantina  si  no

Il Presidio Ospedaliero d'appartenenza \_\_\_\_\_ Il Servizio Personale \_\_\_\_\_  
(timbro data firma) (timbro data firma)

**Comunicazione per il dipendente**  
Qualora il domicilio sia diverso dall'indirizzo di residenza, salvo diversa formale comunicazione inviata dal dipendente, eventuali visite fiscali in caso di malattia, saranno disposte al domicilio.  
Poiché si è riscontrato che, sovente, a causa dell'incompleta indicazione dell'indirizzo, i medici fiscali sono e sono impossibilitati ad effettuare le visite fiscali, si invitano i dipendenti, che trascorrono l'eventuale periodo di malattia in domicilio provvisorio di relativa toponomastica apposta dal Comune, a trasmettere al Servizio una piantina che agevoli il medico fiscale nel reperire l'abitazione.  
In assenza di detto o altri accorgimenti atti a consentire l'effettuazione della visita fiscale, saranno imputate al dipendente le conseguenze relative alla mancata effettuazione della visita derivante da insufficienti indicazioni relative all'ubicazione dell'abitazione.