

RICHIESTA DI RILASCIO MODELLO PER ASSISTENZA SANITARIA NEI PAESI EXTRA UNIONE EUROPEA CON I QUALI L'ITALIA HA STIPULATO ACCORDI BILATERALI E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

N.B - Non soggetta ad autentica. La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo, firmato dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per posta o via fax, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità del dichiarante in corso di validità

- Il rilascio del modello richiesto avviene presso l'Ufficio anagrafe sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza.

(Maggiori informazioni vedi (www.ministerosalute.it)

Argentina	Capo Verde	Principato di Monaco	
Australia	Città del Vaticano e S.Sede	Repubblica di San Marino	
Bosnia-Erzegovina	Macedonia	Serbia	
Brasile	Montenegro	Tunisia **	

L'assistito in possesso di tale certificato, potrà beneficiare delle prestazioni che si rendano necessarie sotto il profilo medico, secondo le regole vigenti per i residenti dello Stato di temporaneo soggiorno.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ Tel. _____

CHIEDE

Il rilascio dell'attestato del diritto alle prestazioni sanitarie:
per sé _____ per i suoi familiari a carico sottoindicati,

Cognome e nome	Data di nascita	Parentela

da valere durante il temporaneo soggiorno dal _____ al _____ nei paesi sopraindicati
per TURISMO ALTRO _____

A TAL FINE DICHIARA:

di essere cittadino italiano _____ di essere cittadino _____

di avere la qualifica di rifugiato ai sensi della convenzione di Ginevra _____

DI ESSERE LAVORATORE SUBORDINATO

DEL SETTORE PRIVATO

e pertanto tutt'ora in forza presso la Ditta _____

con sede in _____ Via _____ n° _____

con rapporto di lavoro: a tempo indeterminato a tempo determinato, e pertanto fino a _____

DEL SETTORE PUBBLICO

e pertanto tutt'ora in forza presso l'Ente _____

DI ESSERE LAVORATORE AUTONOMO

COMMERCIANTE - Iscrizione Registro delle imprese n° _____ Provincia _____

ARTIGIANO - Iscrizione all'Albo imprese artigiane n° _____ Provincia _____

AGRICOLTORE

LIBERO PROFESSIONISTA - Iscrizione all'Albo Prof.di _____ n° _____

DI ESSERE PENSIONATO

SETTORE PRIVATO SETTORE PUBBLICO ENTE PREVIDENZIALE _____

DI (specificare) _____

Il sottoscritto, maggiorenne con capacità di agire, consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero:

- ♦ potranno essere adottate sanzioni penali (vedi art. 76 del D.P.R. 445/2000)
- ♦ non avrà effetto il beneficio conseguito (vedi art. 75 del D.P.R. 445/2000)

si impegna a non far uso dell'attestato richiesto per ottenere all'estero, in relazione alle patologie in atto, prestazioni sanitarie non preventivamente autorizzate, per le quali sarebbe in caso contrario tenuto al rimborso delle spese poste indebitamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Luogo e data, _____ Firma _____