RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER ISCRITTI A.I.R.E.

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 corsa di validità.

Io sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

in possesso della cittadinanza _____

residente all'estero (Stato) _____ città _____

Via _____ Telefono _____

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

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

RICHIEDO

il rilascio di attestazione del diritto a prestazioni ospedaliere urgenti e

DICHIARO

(barrare le caselle che interessano, riportanto i dati richiesti, con scrittura in stampatello)

☐ di aver mantenuto la cittadinanza italiana (vedi passaporto _____.)

☐ di essere rientrato temporaneamente in Italia per il periodo dal _____ al _____

☐ di essere titolale di pensione italiana erogata da _____

categoria _____ n. _____

☐ di essere titolare dello status di emigrato, come risulta dalla dichiarazione dell'Ufficio Consolare Italiano di

_____

☐ di avere/non avere diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie fruite in virtù di una copertura assicurativa, pubblica, o privata, nello Stato di residenza

☐ di avere/non avere fruito in Italia, nell'anno in corso, di assistenza sanitaria

dal_____ al _____ presso _____

☐ di avere a carico i seguenti familiari:

Cognome e Nome	Grado di parentela

Luogo, data _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'A.S.S. n. 4 solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

QUESTA SEZIONE E' RISERVATA ALL'UFFICIO DI COMPETENZA (ANAGRAFE SANITARIA)

ATTESTAZIONE DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI

n. _____ **del** _____

Si attesta che il Sig./la Sig.ra _____

nato/a il _____

residente all'estero, **ha diritto alle prestazioni ospedaliere urgenti**, per sé e per i suoi familiari:

Cognome e Nome	Grado di parentela

nel periodo dal _____ al _____

Per prestazioni ospedaliere urgenti si intendono tutte le prestazioni erogate, tramite il Pronto Soccorso di una Struttura Ospedaliera, sia in via ambulatoriale che in regime di ricovero.

Luogo, data _____

Timbro, Firma del personale addetto

_____.