

OGGETTO: CITTADINI ITALIANI RESIDENTI ALL'ESTERO (A.I.R.E.): RICHIESTA ATTESTAZIONE DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI E AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in possesso della cittadinanza _____
residente all'estero (Stato) _____ Città _____
in via / piazza _____ n° _____
temporaneamente domiciliato/a in Italia a _____
telefono _____ e-mail _____

RICHIESTE IL RILASCIO DI ATTESTAZIONE DEL DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI ai sensi del DM 01.02.1996 E, A TAL FINE, DICHIARA

- di essere iscritto all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero nel Comune di _____
- di essere titolare dello stato di Emigrato (nato in Italia)
- di avere mantenuto la cittadinanza italiana – passaporto n. _____
- di essere rientrato temporaneamente in Italia per il periodo dal _____ al _____
- di essere titolare di pensione italiana erogata da _____ cat. _____ n. _____
- di **NON beneficiare di alcuna assicurazione, pubblica* o privata, che copra direttamente o indirettamente il costo delle prestazioni ospedaliere urgenti erogate in regime ambulatoriale o di ricovero in Italia.**

**Se il cittadino A.I.R.E. risiede in uno Stato convenzionato con l'Italia in materia sanitaria (Stati UE, CEE e Svizzera, Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano, Rep. San Marino, Principato di Monaco, Tunisia, BosniaErzegovina, Macedonia, Serbia, Montenegro, Kosovo, Voivodina) dovrà attivarsi per esibire l'attestato idoneo, che può essere anche richiesto d'ufficio, al fine di fatturare le sue spese allo Stato estero competente, in quanto gli accordi bilaterali prevalgono sulle disposizioni contenute nel DM 1.2.1996.*

- di **NON** avere fruito di assistenza sanitaria in Italia nell'anno in corso,
- di avere fruito di assistenza sanitaria in Italia, nell'anno in corso, nel periodo
dal _____ al _____ presso _____.

- Dichiaro, sotto la propria responsabilità e 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, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n.445/2000;
- Dichiaro altresì di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il/La dichiarante

**OGGETTO: CITTADINI ITALIANI RESIDENTI ALL'ESTERO (A.I.R.E.)
ATTESTAZIONE DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI**

N° _____ DEL _____

Si attesta che il/la sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente all'estero (A.I.R.E.), **ha diritto alle prestazioni ospedaliere urgenti**

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.

_____, li _____

Timbro e firma

***Le prestazioni ospedaliere urgenti sono erogate con oneri a carico del SSN italiano per un numero massimo di 90 giorni nell'anno solare, sia in forma continuativa, sia quando erogate in più periodi, con pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) senza alcuna esenzione. Per ogni altra prestazione sanitaria non urgente ospedaliera e decorso il limite di i 90 giorni, le prestazioni sanitarie saranno erogate a totale carico dell'interessato*