

**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° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**RICHIEDA IL RILASCIO DI ATTESTAZIONE DEL DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI E, A TAL FINE, DICHIARA**

- 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 essere titolare dello stato di emigrato
  - di **avere**  di **non avere** diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie fruito in virtù di una copertura assicurativa sanitaria, sia pubblica che privata, nel Paese di residenza,
  - 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

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO: fotocopia passaporto**

**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

\_\_\_\_\_