

**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

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa

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.

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in possesso della cittadinanza _____

residente all'estero (Stato) _____

Città _____ Via _____ n° _____

**maggiorenne con capacità di agire, consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero:
potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000)
non avrà effetto il beneficio conseguito (v. 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, riportando i dati richiesti, con **scrittura in stampatello**) di aver mantenuto la cittadinanza italiana (v. passaporto n. _____) di essere rientrato temporaneamente in Italia per il periodo dal _____ al _____ di essere titolare di pensione italiana erogata da _____

Categoria _____ n. _____

 di essere titolare dello stato di emigrato, come risulta dalla dichiarazione dell'Ufficio

Consolare Italiano di _____

 di avere /non avere diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie fruito in virtù di una coperta 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 _____

ATTESTAZIONE DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI

N. _____ del _____

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

Nat ____ il _____

residente all'estero, **ha diritto alle prestazioni ospedaliere urgenti**, per se 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 e Firma personale addetto _____