

RICHIESTA DI RILASCIO TESSERA SANITARIA E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER PENSIONI ESTERE

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.

ž Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra

titolare di pensione /rendita

Nato/a a

il

in possesso della cittadinanza

Residente a

CAP

Via/Piazza

N°

ž Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra

titolare di pensione /rendita

Nato/a a

il

in possesso della cittadinanza

Residente a

CAP

Via/Piazza

N°

ž Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra

in qualità di Coniuge e/o Figlio/a di

Nato/a a

il

in possesso della cittadinanza

Residente a

CAP

Via/Piazza

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 TESSERA SANITARIA E DICHIARO

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

di essere titolare di pensione / rendita, dovuta in applicazione della legislazione dello Stato _____

che in qualità di Coniuge e/o Figlio/a, il/la Sig n. _____
è titolare di pensione / rendita, dovuta in applicazione della legislazione dello Stato _____

di aver trasferito la residenza in Italia

di non essere titolare di pensione o rendita, dovuta in applicazione della legislazione italiana

di avere in corso domanda di pensione italiana

di non avere in corso domanda di pensione italiana

Luogo, data _____ Firma _____

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

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

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza