

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO DI NOTORIETA'
PER CITTADINI ISCRITTI ALL'A.I.R.E.
(artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- di essere cittadino italiano **EMIGRATO** e residente al suindicato indirizzo;
- di essere cittadino italiano **TITOLARE DI PENSIONE** corrisposta da enti previdenziali italiani residente al suindicato indirizzo;
- di essere in temporaneo soggiorno in Italia per il periodo dal _____ al _____ domiciliato al seguente indirizzo: _____
_____;
- di non godere in Italia di forme di assistenza a carico di Enti o Istituti Pubblici;
- di non avere diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie in virtù di una copertura assicurativa, sia pubblica che privata, nel paese di residenza;
- di aver di non aver usufruito, nell'ambito del limite massimo di 90 giorni, nel corrente anno solare, dei seguenti periodi di assistenza presso la A.S.L. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____

La presente dichiarazione viene resa per i punti di cui ai numeri _____.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ Firma del/la dichiarante (per esteso) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. _____ Rilasciato da _____

Data _____

L'operatore addetto _____ Sportello di _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve ai cittadini italiani residenti all'estero (iscritti all'A.I.R.E.) (che non godono di altre coperture sanitarie) in temporaneo soggiorno in Italia che, in base alla normativa vigente, necessitano di prestazioni ospedaliere urgenti.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessato

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'assistenza sanitaria è limitata a prestazioni ospedaliere urgenti per un massimo di 90 giorni nell'anno solare, sono comprese anche le prestazioni erogate tramite il Pronto Soccorso di una struttura ospedaliera, sia in via ambulatoriale che in sede di ricovero. Viene rilasciato il MOD_{DAD}101 dallo Sportello Distrettuale territorialmente competente. Se la domanda viene presentata da una persona delegata è obbligatorio allegare alla presente dichiarazione delega scritta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante, unitamente a documento d'identità del delegato.

TEMPO DI RISPOSTA:

3 Giorni - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI:

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale
-----------	---