

ACCERTAMENTO PER IL RICONOSCIMENTO E/O MANTENIMENTO DEL DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA CON ONERE A CARICO DELLO STATO ITALIANO

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

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

1. E' titolare di pensione italiana?
 SI'
 NO
2. In caso affermativo indicare l'Ente che eroga la pensione _____

3. Allego la fotocopia del certificato di pensione
 SI'
 NO, per il seguente motivo _____
4. Da quando riscuote la pensione italiana?
dal _____ (mese ed anno)
5. Quali sono gli estremi della pensione italiana? (indicare il numero, la categoria e la Sede di emissione)

6. Nel caso in cui beneficia di una pensione di reversibilità, indicare il nome del familiare, la data del decesso e l'indirizzo della sua residenza.
nome _____
data decesso _____
indirizzo _____
7. Da quando ha trasferito la residenza nello Stato Estero attuale?
dal _____ (mese ed anno)
8. Prima di trasferirsi dove risiedeva in Italia? (indirizzo completo)

9. In Italia presso quale datore di lavoro è stato occupato per ultimo? (indirizzo e ragione sociale)

10. Quando era occupato in Italia, quale era la Cassa di malattia presso la quale era assicurato? (sigla e indirizzo) _____

11. E' titolare di una pensione estera?

- SI'
 NO

12. In caso affermativo, indicare qui a fianco l'Istituto dello Stato estero che eroga la pensione la data di inizio.

13. Allego fotocopia del certificato di pensione estera

- SI'
 NO, per il seguente motivo _____

14. Se e quando ho lavorato all'estero, indicare periodi e datori di lavoro (indirizzo e ragione sociale)

15. La pensione estera apre il diritto alle prestazioni sanitarie nello Stato di residenza?

- SI'
 NO, per il seguente motivo _____

16. Se e quando ha lavorato all'estero, indicare la Cassa di malattia presso la quale era assicurato (denominazione ed indirizzo) _____

17. Risiede stabilmente all'estero?

- SI', a partire dal _____
 NO

18. Nello Stato di attuale residenza, ha fatto domande per ricevere prestazioni sanitarie da parte della locale Cassa di Malattia? NO

- SI' dal _____ al _____
 SI' dal _____ al _____
 SI' dal _____ al _____

19. La Cassa estera in merito alle sue domande:

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| ➤ ha concesso le prestazioni | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| ➤ ha sospeso il rimborso delle prestazioni | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| ➤ ha rifiutato il rimborso delle prestazioni | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |

20. Altri eventuali chiarimenti

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del 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 di compilazione del questionario

Firma (per esteso)

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il questionario serve quale accertamento per il riconoscimento e/o mantenimento del diritto all'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato Italiano

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di questionario deve essere compilato 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, telefax, 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*

(*nel caso in cui l'utente scelta la modalità di consegna di cui al punto a) l'operatore di Sportello procederà alla rilevazione del n. di carta d'identità compilando la parte: "Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data Il dipendente addetto").

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'Ufficio Distrettuale territorialmente competente che ritira il questionario dà luogo agli adempimenti successivi conseguenti alla presa d'atto del motivo di presentazione del questionario stesso.

TEMPO DI RISPOSTA:

6 gg. dalla conclusione dell'iter di accertamento del diritto -

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-alleestero/
-----------	---