

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

FINALIZZATA AL RILASCIO MODELLO PER ASSISTENZA SANITARIA PER TEMPORANEO SOGGIORNO NEI PAESI EXTRA UNIONE EUROPEA CON I QUALI L'ITALIA HA STIPULATO ACCORDI BILATERALI

 Il/la sottoscritto/a nome _____ cognome _____
 nato/a il _____ a _____ prov. _____ Stato di nascita _____
 cittadinanza _____ codice fiscale _____
 residente a _____ prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
 telefono _____ e-mail _____

A conoscenza di quanto previsto dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiere e dal successivo art. 76, sulla responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA
 di essere cittadino italiano di essere cittadino _____

➤ e di appartenere ad una delle seguenti categorie:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato del settore privato | <input type="checkbox"/> Commerciante | <input type="checkbox"/> Libero professionista |
| <input type="checkbox"/> Pensionato del settore privato | <input type="checkbox"/> Artigiano | <input type="checkbox"/> Titolare di pensione a carico di Casse Liberi Professionisti |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato del settore pubblico | <input type="checkbox"/> Coltivatore diretto | <input type="checkbox"/> Disoccupato |
| <input type="checkbox"/> Pensionato del settore pubblico | <input type="checkbox"/> Titolare di pensione a carico dei fondi dei lavoratori autonomi | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) * _____ |

CHIEDE
il rilascio dell'attestato del diritto alle prestazioni sanitarie urgenti
 per sé e/o per i familiari a carico sottoelencati:

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela

per recarsi nel seguente paese, con cui vige un accordo bilaterale:

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Argentina | <input type="checkbox"/> Brasile | <input type="checkbox"/> Montenegro | <input type="checkbox"/> Serbia |
| <input type="checkbox"/> Australia | <input type="checkbox"/> Città del Vaticano | <input type="checkbox"/> Principato di Monaco | <input type="checkbox"/> Tunisia |
| <input type="checkbox"/> Bosnia-Erzegovina | <input type="checkbox"/> Macedonia | <input type="checkbox"/> Rep. di San Marino | <input type="checkbox"/> Capoverde |

nel periodo dal _____ al _____

L'assistito in possesso di tale certificato, potrà beneficiare delle prestazioni sanitarie urgenti sotto il profilo medico, secondo le regole vigenti per i residenti dello Stato di temporaneo soggiorno.
INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

 "I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679, alla normativa italiana sulla privacy e ai provvedimenti in materia del Garante per la Protezione dati Personali. Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal titolare del trattamento sulla base delle norme vigenti, con le finalità, le modalità, le definizioni e le garanzie sui diritti contenute nell'Informativa per la protezione dei dati personali, affissa nei locali dell'ASL CN1 e disponibile sul sito dell'ASL CN1 al link <https://www.aslcn1.it/protezione-dei-dati-personali>. La raccolta dei suoi dati personali è finalizzata al rilascio dell'attestato del diritto alle prestazioni sanitarie per temporaneo soggiorno in un Paese Estero con cui vige un Accordo bilaterale."

Data _____ Firma (per esteso) _____

Parte riservata all'Azienda Sanitaria

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto Sportello di

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve agli assistiti che, in base alla normativa vigente, possono richiedere il rilascio dell'attestato del diritto alle prestazioni sanitarie per temporaneo soggiorno in un Paese Estero, con cui vige un accordo bilaterale con l'Italia. L'assistito, in possesso di tale attestato, potrà beneficiare delle prestazioni sanitarie urgenti sotto il profilo medico, secondo le regole vigenti per i residenti nello Stato di temporaneo soggiorno.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il presente modulo di richiesta deve essere compilato dall'interessato che può richiedere, sul modulo stesso, il rilascio dell'attestato del diritto alle prestazioni sanitarie per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare (nel caso il diritto derivi da quello del dichiarante).

* L'interessato dovrà obbligatoriamente indicare la categoria di appartenenza nel caso abbia indicato ALTRO

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

Il certificato può essere:

- ritirato di persona dal richiedente
- ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.

TEMPO DI RISPOSTA

6 giorni lavorativi - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero
------------------	---