

**RICHIESTA DI RILASCIO MODELLO PER ASSISTENZA SANITARIA NEI PAESI EXTRA UNIONE EUROPEA CON I QUALI L'ITALIA HA STIPULATO ACCORDI BILATERALI E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' ai sensi del D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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

A tal fine, **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  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"/> Titolare di sola pensione di guerra    |
| <input type="checkbox"/> Pensionato del settore privato              | <input type="checkbox"/> Artigiano   | <input type="checkbox"/> Titolare di solo assegno di invalidità |
| <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 o Casse Liberi Professionisti | <input type="checkbox"/> Altro _____                            |
| <input type="checkbox"/> Libero professionista                       |  |   |

➤ **si impegna a non far uso dell'attestato richiesto per ottenere all'estero, in relazione alle patologie in atto, prestazioni sanitarie non preventivamente autorizzate, per le quali sarebbe in caso contrario tenuto al rimborso delle spese poste indebitamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.**

**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](mailto: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 (per esteso) \_\_\_\_\_

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. .... Data .....  
Il dipendente addetto .....

## **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).

### **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](mailto: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](mailto: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**

3 giorni lavorativi - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it)

### **RIFERIMENTI / LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-alleestero">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-alleestero</a>
------------------	---