

Ufficio Rimborsi ed Assistenza Sanitaria Estero

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

RICHIESTA DI RILASCIO MODELLO PER ASSISTENZA SANITARIA NEI PAESI EXTRA UNIONE EUROPEA CON I QUALI L'ITALIA HA STIPULATO ACCORDI BILATERALI E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Maggiori informazioni vedi (guida interattiva "se parto per..." sul sito www.salute.gov.it)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Argentina | <input type="checkbox"/> Capo Verde | <input type="checkbox"/> Principato di Monaco |
| <input type="checkbox"/> Australia | <input type="checkbox"/> Città del Vaticano e S.Sede | <input type="checkbox"/> Repubblica di San Marino |
| <input type="checkbox"/> Bosnia - Erzegovina | <input type="checkbox"/> Macedonia | <input type="checkbox"/> Serbia |
| <input type="checkbox"/> Brasile | <input type="checkbox"/> Montenegro | <input type="checkbox"/> Tunisia** |

L'assistito in possesso di tale certificato, potrà beneficiare delle prestazioni che si rendano necessarie sotto il profilo medico, secondo le regole vigenti per i residenti dello Stato di temporaneo soggiorno.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____ residente a _____

Via _____ n. _____ cittadinanza _____ Tel. _____

_____ email _____

CHIEDE

Il rilascio dell'attestato del diritto alle prestazioni sanitarie:

- Per sè Per i suoi familiari a carico sottoindicati

Cognome e Nome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Grado di parentela

da valere durante il temporaneo soggiorno dal _____ al _____ nei paesi sopraindicati

A TAL FINE DICHIARA:

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino _____
- di essere apolide residente in Italia
- di avere la qualifica di rifugiato ai sensi della convenzione di Ginevra

E di appartenere ad una delle seguenti categorie:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato settore privato e tutt'ora in forza presso con sede in _____ Via _____ n° _____ | <input type="checkbox"/> Libero Professionista iscrizione all'Albo Prof. di _____ | <input type="checkbox"/> Coltivatore diretto |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore del settore pubblico e pertanto tutt'ora in forza presso l'Ente _____ | <input type="checkbox"/> Commerciante iscrizione Registro delle imprese n° _____ Prov. _____ | <input type="checkbox"/> Titolare di solo assegno di invalidità |
| <input type="checkbox"/> Pensionato del settore privato | <input type="checkbox"/> Disoccupato | <input type="checkbox"/> Titolare di sola pensione di guerra |
| <input type="checkbox"/> Pensionato del settore pubblico | <input type="checkbox"/> Artigiano iscrizione all'Albo delle imprese artigiane n° _____ Prov. _____ | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Titolare di pensione a carico dei fondi dei lavoratori autonomi o Casse Liberi Professionisti | | |

N.B Se il modulo, firmato dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per email, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità del dichiarante in corso di validità

Dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000; consapevole, inoltre, di quanto previsto dall'art. 75 dello stesso D.P.R., relativamente alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili con le modalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali al procedimento per l'erogazione di prestazioni richieste. Tale consenso si ritiene valido fino a revoca dell'interessato.

Luogo e Data

Firma

Ufficio Rimborsi ed Assistenza Sanitaria Estero

ACCORDI BILATERALI CON PAESI EXTRA UNIONE EUROPEA PER I QUALI VIENE RILASCIATO SPECIFICO ATTESTATO O MODELLO

ARGENTINA (MOD. I/RA1)	Cittadini dei due Stati titolari di pensione e loro familiari a carico (Tutte le categorie sia Pubblico che Privato)
AUSTRALIA (attestato)	Tutti i cittadini residenti, per le prestazioni urgenti del caso MASSIMO 6 MESI
BRASILE (mod. I/B2)	Cittadini dei due Stati che siano: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavoratori subordinati del settore privato ed autonomi ➤ Titolari di pensione (delle predette categorie) ➤ Familiari a carico (delle predette categorie) in base alla legislazione di residenza Non è prevista l'estensione della convenzione per i pubblici dipendenti
CAPOVERDE (mod.111CV)	Cittadini dei due Stati ed i profughi e gli apolidi in uno dei due Stati che siano: che siano: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavoratori subordinati (pubblici o privati) ed autonomi (tutte le categorie) ➤ Titolari di pensione (delle predette categorie) ➤ Familiari a carico (delle predette categorie) in base alla legislazione di residenza Non è prevista l'estensione della convenzione per i pubblici dipendenti
PRINCIPATO DI MONACO (mod. I/MC8)	Cittadini dei due Stati che siano: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavoratori subordinati del settore pubblico e privato ➤ Lavoratori autonomi ➤ Pensionati delle categorie sopraelencate ➤ Familiari a carico della sopradette categorie Sono esclusi: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gli agenti diplomatici e consolari di carriera ➤ Funzionari appartenenti agli organi delle cancellerie
REPUBBLICA DI SAN MARINO (mod. I/SMAR8)	Cittadini dei due Stati, unitamente all'iscrizione ai rispettivi Servizi Sanitari Nazionali
SERBIA MONTENEGRO MACEDONIA BOSNIA –ERZEGOVINA (mod. OBR/7)	Cittadini dei due Stati che siano: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavoratori del settore privato ➤ Pensionati del settore privato ➤ Familiari a carico dei settori sopraccitati ➤ Lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori autonomi: <ul style="list-style-type: none"> • Coltivatori diretti, mezzadri, coloni, nonché agli appartenenti ai nuclei familiari • Titolari di imprese artigiane e familiari coadiutori (collaboratori) • Esercenti attività commerciali e loro familiari coadiutori • Pescatori della piccola pesca marittima e delle acque interne
TUNISIA** (mod. I/TN 11)	Per i soli cittadini tunisini occupati in Italia e loro familiari a carico, iscritti a S.S.N., che rientrano contemporaneamente nel Paese di origine (VALIDITA' MASSIMO 3 MESI) appartenenti alle seguenti categorie: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavoratori del settore privato ➤ Lavoratori autonomi ➤ Pensionati delle categorie sopra elencate

AVVISO IMPORTANTE

PER TUTTE LE CONVENZIONI BILATERALI NON E' PREVISTA L'ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA, PERTANTO SE L'ASSITITO PAGA DIRETTAMENTE UNA PRESTAZIONE LE SPESE RIMANGONO A PROPRIO CARICO.