|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Iscrizione / assistenza sanitaria cittadini italiani residenti in all’estero iscritti all’AIRE in temporaneo soggiorno** |
| **Descrizione** | Iscrizione temporanea (massimo 90 gg anno solare) per assistenza ospedaliera urgente a cittadini italiani residenti all’estero (sono tali coloro che hanno acquisito la cittadinanza italiana sul territorio nazionale, nati in Italia con status di emigrato ed ai titolari di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani iscritti AIRE),emigrati in Paesi nei quali non vigono accordi in materia sanitaria |
| **Documenti necessari** | * Documento di riconoscimento del richiedente * Codice fiscale (autocertificazione) * Attestato rilasciato dal Consolato competente e/o dichiarazione sostitutiva atto di notorietà che attesti lo stato di emigrato e che non si è in possesso di una copertura assicurativa pubblica o privata contro le malattie. * Se necessaria delega, documento di riconoscimento del delegato e del delegante * Se presente tutore/amministratore di sostegno, documento di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato * In caso di richiesta effettuata a favore di minore, allegare i documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente * Codice Fiscale/Tessera Sanitaria dei soggetti interessati * Libretti cartacei se in possesso   **Si precisa che occorrerà la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente** |
| **Moduli da presentare compilati** | Richiesta di attestazione diritto a prestazioni ospedaliere urgenti e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per iscritti A.I.R.E. |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza  🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza.  🡪 L’Ufficio di **Ceparana** riceve su appuntamento |

**MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA**

RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DIRITTO A PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’ PER ISCRITTI A.I.R.E.

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

N.B.: non soggetta ad autentica. La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo, firmato dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per posta o via fax, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In possesso della cittadinanza Italiana

Residente all’estero (Stato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(maggiorenne con capacità di agire, consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero):

* Potranno essere adottate sanzioni penali (art. 76 del DPR 445/2000)
* Non avrà effetto il beneficio conseguito (art. 75 del DPR 445/2000)

**RICHIEDO**

Il rilascio di attestazione del diritto a prestazioni ospedalieri urgenti

**DICHIARO**

(barrare le caselle che interessano, riportando i dati richiesti, con scrittura in stampatello)

o Di aver mantenuto la cittadinanza italiana (vedi passaporto n………………………)

o Di essere rientrato temporaneamente in Italia per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_

o Di essere titolare di pensione italiana erogata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Di essere titolare dello status di emigrato, come risulta dalla dichiarazione dell’Ufficio Consolare Italiano di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Di avere/non avere diritto al rimborso delle prestazioni fruite in virtù di una copertura assicurativa pubblica o privata, nello Stato di residenza

o Di avere/non avere fruito in Italia, nell’anno in corso, di assistenza sanitaria dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o Di avere a carico i seguenti familiari:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME NOME | GRADO PARENTELA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_