

**RICHIESTA DI ASSISTENZA SANITARIA PER ISCRITTI ALL'A.I.R.E.**

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome e nome

Nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

- di essere residente in _____
Indicare lo stato estero di residenza
- di essere iscritto all'**Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero (A.I.R.E.)** nel Comune di _____
- di essere in possesso dello status di emigrato o percepire una pensione italiana;
- di non aver titolo all'assistenza nel territorio italiano con oneri a carico di Istituzioni Estere, in base ai vigenti Regolamenti Comunitari o alle Convenzioni bilaterali per la Sicurezza Sociale; e di non avere una propria copertura assicurativa pubblica o privata per la copertura delle prestazioni sanitarie;
- di soggiornare temporaneamente nel Comune di _____
in via _____ n. ____ dal ____/____/____ al ____/____/____;

CHIEDE

l'assistenza sanitaria per le prestazioni urgenti ai sensi dell'art. 2 del D.M. 01/02/96 per sé e per i seguenti familiari a carico iscritti all' A.I.R.E. nello stesso Comune dell'interessato e in possesso dello status di emigrato:

_____ il ____/____/____
Cognome e nome nato/a a

_____ il ____/____/____
Cognome e nome nato/a a

_____ il ____/____/____
Cognome e nome nato/a a

Data ____/____/____ Firma dell'interessato _____