

**RICHIESTA DI ASSISTENZA SANITARIA TEMPORANEA
PER ISCRITTI ALL'A.I.R.E.****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 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. ____ nel periodo dal ____/____/____ al ____/____/____;

E 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:

In caso di richiesta a favore di figlio/i minore/i, si DICHIARA di esercitare la responsabilità genitoriale.

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela	Firma dei maggiorenni per delega

Data _____ Firma del richiedente _____

In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta