

	<b>DOMANDA ASSISTENZA SANITARIA PER ISCRITTI AIRE</b> DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA TERME COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOS Servizi amministrativi distrettuali	<b>Codifica</b> <b>01.23.00</b>	Rev.00 del 01/11/2023 <hr/> Pag. 1 di 2
---	--	------------------------------------	---

**DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA TEMPORANEA IN ITALIA**  
**PER LE PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI PER ISCRITTI AIRE**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA'**  
*(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_  
 Documento di identità n° \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_\_  
 Residente all'estero (Stato) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Temporaneamente domiciliato/a in Italia a \_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_)  
 In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

consapevole di incorrere, in caso di dichiarazione non veritiera, nelle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e nella decadenza dai benefici eventualmente ottenuti, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

Di essere iscritto all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero nel Comune di \_\_\_\_\_

Di essere *(barrare almeno una casella)*  Emigrato all'estero (nato in Italia)

Titolare di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani

Di non beneficiare di alcuna assicurazione, pubblica o privata, che copra direttamente o indirettamente il costo delle prestazioni ospedaliere urgenti erogate in regime ambulatoriale o di ricovero in Italia

Che nell'anno solare in corso *(barrare almeno una casella)*:

NON HA usufruito di assistenza sanitaria in Italia ai sensi DM 1.2.1996 presso altre ASL/Ospedali

HA fruito di assistenza sanitaria in Italia ai sensi DM 1.2.1996 presso altre ASL/Ospedali

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (giorni \_\_\_\_\_) presso \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (giorni \_\_\_\_\_) presso \_\_\_\_\_

	<b>DOMANDA ASSISTENZA SANITARIA PER ISCRITTI AIRE</b> DISTRETTO PADOVA BACCHIGLIONE, DISTRETTO PADOVA TERME COLLI, DISTRETTO PADOVA PIOVESE, DISTRETTO ALTA PADOVANA, DISTRETTO PADOVA SUD UOS Servizi amministrativi distrettuali	<b>Codifica</b> <b>01.23.00</b>	Rev.00 del 01/11/2023  Pag. 2 di 2
---	--	------------------------------------	---

### CHIEDE

L'assistenza sanitaria temporanea in Italia per le prestazioni ospedaliere urgenti ai sensi dell'art. 2 del D.M. 01/02/96, consapevole che le **prestazioni ospedaliere urgenti** sono erogate con oneri a carico del SSN italiano **per un massimo di 90 giorni nell'anno solare**, sia in forma continuativa, sia quando erogate in più periodi, con compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) senza alcuna esenzione. Per ogni altra prestazione sanitaria non urgente ospedaliera e decorso il limite di 90 giorni, le prestazioni sanitarie saranno erogate a totale carico dell'interessato.

Sotto le medesime condizioni, chiede inoltre l'assistenza sanitaria e dichiara l'eventuale beneficio già usufruito nell'anno solare, per i figli minorenni nati in Italia iscritti negli elenchi AIRE dello stesso Comune:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Assistenza sanitaria usufruita dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Assistenza sanitaria usufruita dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegato: copia del documento di identità

#### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs 193/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'AULSS 6 Euganea solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

N.B. 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 per e-mail, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento d'identità del dichiarante in corso di validità.