

ASSISTENZA SANITARIA ESTERO RICHIESTA MODELLO

LAVORATORE SUBORDINATO		LAVORATORE AUTONOMO	
TIT. DI PENSIONE ex lav. autonomo		TIT. DI PENSIONE ex lav. subordinato	
DISOCCUPATO		STUDENTE O ALTRO	

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____ TEL. _____

CAP _____ COD. REGIONALE _____ COD. FISC. _____

CHIEDE

PER SE' _____ E/O PER I SOTTOELENCATI FAMILIARI _____

IL RILASCIO DEL MODELLO _____ DOVENDOSI RECARE IN _____

DAL _____ AL _____

PER _____ AL FINE DI FRUIRE DI EVENTUALI PRESTAZIONI SANITARIE
DURANTE LA DIMORA IN UNO STATO MEMBRO O CON I QUALI VIGONO ACCORDI BILATERALI.

ELENCO DEI FAMILIARI RICHIEDENTI IL MODELLO _____

FAMILIARI	DATA DI NASCITA	COD. REG.	COD. FISC.

A tale scopo allega alla presente:

- 1) fotocopia dell'attestato d'iscrizione al SSN (se la dimora è superiore a giorni 30 allegare l'originale);
- 2) fotocopia di un documento d'identità.

Ales, li ____ / ____ / _____

Firma dell'interessato o del genitore se minore