

**ACCERTAMENTO PER IL RICONOSCIMENTO E/O MANTENIMENTO DEL DIRITTO
ALL'ASSISTENZA SANITARIA CON ONERE A CARICO DELLO STATO ITALIANO**

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA

1. E' titolare di pensione italiana?
 SI'
 NO
2. In caso affermativo indicare l'Ente che eroga la pensione _____

3. Allego la fotocopia del certificato di pensione
 SI'
 NO, per il seguente motivo _____
4. Da quando riscuote la pensione italiana?
dal _____ (mese ed anno)
5. Quali sono gli estremi della pensione italiana? (indicare il numero, la categoria e la Sede di emissione)

6. Nel caso in cui beneficia di una pensione di reversibilità, indicare il nome del familiare, la data del decesso e l'indirizzo della sua residenza.
nome _____
data decesso _____
indirizzo _____
7. Da quando ha trasferito la residenza nello Stato Estero attuale?
dal _____ (mese ed anno)
8. Prima di trasferirsi dove risiedeva in Italia? (indirizzo completo)

9. In Italia presso quale datore di lavoro è stato occupato per ultimo? (indirizzo e ragione sociale)

10. Quando era occupato in Italia, quale era la Cassa di malattia presso la quale era assicurato?
(sigla e indirizzo) _____

11. E' titolare di una pensione estera?

- SI'
 NO

12. In caso affermativo, indicare qui a fianco l'Istituto dello Stato estero che eroga la pensione la data di inizio.

13. Allego fotocopia del certificato di pensione estera

- SI'
 NO, per il seguente motivo _____

14. Se e quando ho lavorato all'estero, indicare periodi e datori di lavoro (indirizzo e ragione sociale)

15. La pensione estera apre il diritto alle prestazioni sanitarie nello Stato di residenza?

- SI'
 NO, per il seguente motivo _____

16. Se e quando ha lavorato all'estero, indicare la Cassa di malattia presso la quale era assicurato (denominazione ed indirizzo) _____

17. Risiede stabilmente all'estero?

- SI', a partire dal _____
 NO

18. Nello Stato di attuale residenza, ha fatto domande per ricevere prestazioni sanitarie da parte della locale Cassa di Malattia? NO

- SI' dal _____ al _____
 SI' dal _____ al _____
 SI' dal _____ al _____

19. La Cassa estera in merito alle sue domande:

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| ➤ ha concesso le prestazioni | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| ➤ ha sospeso il rimborso delle prestazioni | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |
| ➤ ha rifiutato il rimborso delle prestazioni | <input type="checkbox"/> SI' | <input type="checkbox"/> NO |

20. Altri eventuali chiarimenti

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Data di compilazione del questionario

Firma
