



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

**CITTADINI ITALIANI RESIDENTI ALL'ESTERO (A.I.R.E.) RICHIESTA AUTORIZZAZIONE A  
FRUIRE DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI E AUTOCERTIFICAZIONE**

**Il/la sottoscritto/a**

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Indirizzo nel Paese di residenza**

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Codice Postale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

**Indirizzo di domicilio in Italia**

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Codice Postale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Recapiti**

Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**RICHIESTE il rilascio di autorizzazione a fruire di prestazioni ospedaliere urgenti ed a tal fine**

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ex artt. 46-47 D.P.R. 445/2000)**

- di essere iscritto/a all'A.I.R.E. (Anagrafe Italiani Residenti all'Estero) del Comune di \_\_\_\_\_
- di possedere lo "status di cittadino italiano emigrato all'estero"
- di essere temporaneamente rientrato/a in Italia il \_\_\_\_\_, con durata presumibile del soggiorno sino al \_\_\_\_\_, unitamente ai seguenti familiari a proprio carico:

Cognome e nome	Data di nascita	Relazione parentela	Codice fiscale

- che i familiari a proprio carico sono iscritti all'A.I.R.E. del Comune di \_\_\_\_\_
- che i familiari a proprio carico posseggono lo "status di cittadino italiano emigrato all'estero"
- di NON avere alcuna copertura assicurativa, sia pubblica che privata, sia in Italia che nel Paese di residenza
- che i familiari a proprio carico NON hanno alcuna copertura assicurativa, sia pubblica che privata, sia in Italia che nel Paese di residenza
- di essere dal \_\_\_\_\_ titolare di pensione italiana  
ente erogatore \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_
- di NON avere fruito in Italia nell'anno solare in corso di prestazioni ospedaliere urgenti (sono tali le prestazioni erogate tramite il pronto soccorso di una struttura ospedaliera sia in via ambulatoriale che in sede di ricovero)
- che i propri familiari NON hanno fruito in Italia nell'anno solare in corso di prestazioni ospedaliere urgenti
- di avere fruito in Italia nell'anno solare in corso di prestazioni ospedaliere urgenti, come sotto indicato:

OSPEDALE	PERIODO	
	dal	al
	dal	al

- che i propri familiari hanno fruito in Italia nell'anno solare in corso di prestazioni ospedaliere urgenti, come sotto indicato:

OSPEDALE	PERIODO	
	dal	al
	dal	al

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

Modalità per la consegna dell'autorizzazione a fruire di prestazioni ospedaliere urgenti (barrare la modalità prescelta)

- invio tramite e-mail all'indirizzo \_\_\_\_\_
- invio tramite posta ordinaria all'indirizzo \_\_\_\_\_
- ritiro presso l'Ufficio estero dell'ASL
  - da parte del richiedente il modello
  - da parte del sottoindicato delegato

Sig. ....
nato a ..... il .....
C.F. .... (presentarsi con un documento di identità)

INFORMATIVA ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

I dati personali raccolti verranno trattati per tutta la durata necessaria per la corretta e completa erogazione della prestazione richiesta, ovvero per il complessivo trattamento dei dati necessario all'attività, coerentemente agli adempimenti connessi agli obblighi di legge.