**S.O.C. DISTRETTO VCO**

Sede operativa di Domodossola (VB) - Via Scapaccino, 47 - 28845

Tel. 0324/491686 - 491660 - 491651

Sede operativa di Omegna (VB) - Via Mazzini, 96 - 28887

Tel. 0323/868362 - 868339 - 868350 - 868330

Sede operativa di Verbania (VB) - Viale S. Anna, 83 - 28922

Tel. 0323/541428 - 541461 - 541472

Email: [distretto.vco@aslvco.it](mailto:distretto.vco@aslvco.it)

**RICHIESTA DI RILASCIO DI ATTESTATI PER L’ASSISTENZA SANITARIA URGENTE PER TEMPORANEO SOGGIORNO ALL’ESTERO IN PAESI EXTRA-EUROPEI CON I QUALI L’ITALIA HA STIPULATO ACCORDI BILATERALI**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà**

**(art. 46, 47 DPR n.445/2000)**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………..

Codice fiscale ……………………………………………...Cittadinanza…………………………….

Nato il ……………………….. a …………………….. Stato di nascita……………………………Residente in via/ piazza ……………………………….……………………………… n. …… Città………………………….prov. (………) Cell. ………………………………………………….

email …………………………………………………………………………………………………..

**CHIEDE**

**Il rilascio il rilascio dell’attestato per l’assistenza sanitaria all’estero a carico del SSN per prestazioni sanitarie URGENTI (non cure programmate) durante TEMPORANEO SOGGIORNO presso lo Stato estero:**

(*barrare una casella*)

Argentina Capo Verde Principato di Monaco

Australia Città del Vaticano e Santa Sede Repubblica di San Marino

Bosnia-Erzegovina Macedonia Serbia

Brasile Montenegro Tunisia

Kosovo Voivodina

Per se stesso Per i propri familiari a carico sotto indicati

Cognome e Nome ……………………………………………………………………………………..

Luogo di nascita ……………………………………………. data di nascita…………………………

Parentela / documento (\* ) …………………………………………………………………………….

Cognome e Nome ……………………………………………………………………………………..

Luogo di nascita ……………………………………………. data di nascita…………………………

Parentela / documento (\* ) …………………………………………………………………………….

Cognome e Nome ……………………………………………………………………………………..

Luogo di nascita ……………………………………………. data di nascita…………………………

Parentela / documento (\* ) …………………………………………………………………………….

Cognome e Nome ……………………………………………………………………………………..

Luogo di nascita ……………………………………………. data di nascita…………………………

Parentela / documento (\* ) …………………………………………………………………………….

**motivazione del soggiorno:**

FERIE

STUDIO

LAVORO

**nel periodo dal ……………………….. al …………………………**

**DICHIARA**

**Di appartenere ad una delle seguenti categorie:**

Lavoratore subordinato settore privato Libero professionista Commerciante

Lavoratore subordinato settore pubblico Artigiano Coltivatore diretto

Pensionato settore privato Titolare di solo assegno di invalidità

Pensionato settore pubblico Titolare di sola pensione di guerra

Pensionato Lavoratori autonomi/Casse Liberi Professionisti

Disoccupato con assegno disoccupazione Altro

**Di essere informato che**:

- In caso di **pagamento diretto** delle spese sanitarie durante temporaneo soggiorno nello Stato estero, **NON** viene prevista alcuna forma di rimborso da parte del SSN.

- La concessione dell’assistenza sanitaria temporanea nello stato estero attraverso la modulistica, per un periodo superiore ai 30 giorni, comporta la momentanea sospensione del medico di base, che verrà riassegnato al rientro in Italia, in base alle normative in vigore, secondo le indicazioni che vengono fornite dall’operatore.

Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

***Il modulo va consegnato presso gli uffici di scelta/ revoca del Distretto sanitario di competenza***

**ALLEGA**

La documentazione che viene eventualmente richiesta dall’operatore, sulla base della compilazione del presente modulo e dell’Accordo bilaterale dello Stato interessato *(es. dichiarazioni ditta di appartenenza, busta paga ecc..)*

Si dà atto dell’Informativa ai sensi dell’art.13 D.Lgs. n. 196/2003 – Codice Privacy, in calce al presente modulo.

Luogo e Data ………………………… Firma…………………………………

**INDICAZIONI SCHEMATICHE ACCORDI BILATERALI IN MATERIA SANITARIA PER I QUALI VIENE RILASCIATO SPECIFICO ATTESTATO O MODELLO**

Per tutte le convenzioni bilaterali non è prevista l’assistenza in forma indiretta, pertanto se l’assistito paga direttamente una prestazioni le spese rimangono a proprio carico

|  |  |
| --- | --- |
| STATO | AVENTI DIRITTO |
| Argentina (mod. I/RA1) | Cittadini di due Stati titolari di pensione e loro familiari a carico - del settore sia pubblico che privato |
| Australia | Tutti i cittadini residenti iscritti al SSN |
| Brasile (mod. 1/B2) | Cittadini dei due Stati che siano:  - Lavoratori subordinati del settore privato ed autonomi;  - titolari di pensione (delle predette categorie); Familiari a arico (delle predette categorie) in base alla legislazione di residenza;  **N.B. esclusi i dipendenti pubblici, i disoccupati e i loro relativi familiari a carico** |
| Capo Verde (mod. 111CV) | Cittadini dei due Stati e gli apolidi residenti in uno dei due stati che siano:  - Lavoratori subordinati (pubblici e privati) ed autonomi (tutte le categorie);  - Titolari di pensione (delle predette categorie);  - Familiari a carico (delle predette categorie) in base alla legislazione di residenza. |
| Principato di Monaco (mod. M/I/C8) | Cittadini dei due Stati  - Lavoratori subordinati settore pubblico e privato,  - lavoratori autonomi  - pensionati delle categorie sopra elencate  - familiari a carico delle predette categorie.  Sono esclusi: gli agenti diplomatici e consolari, i liberi professionisti, i disoccupati e loro familiari a carico |
| San Marino (mod. ISMAR/8) | Cittadini dei due Stati unitamente all’iscrizione ai rispettivi Servizi Sanitari Nazionali |
| Tunisia (mod. I/TN11 ) | Per i soli cittadini tunisini occupati in Italia e familiari a carico residenti col titolare, iscritti al SSN, che rientrano temporaneamente nel Paese di origine appartenenti alle seguenti categorie:  - lavoratore del settore privato  - lavoratori autonomi  - pensionati delle categorie sopra elencate  Esclusi i dipendenti pubblici, gli agenti diplomatici e assimilati |
| Bosnia-Erzegovina  Macedonia  Montenegro  Serbia  Kossovo  Voivodina (mod. OBR/7) | Cittadini che siano:  - lavoratori del settore privato  - pensionati del settore privato  - familiari a carico dei settori sopracitati  - lavoratori autonomi (coltivatori diretti, mezzadri coloni, titolari di imprese artigiane e familiari coadiuvanti, esercitanti attività commerciali, pescatori della piccola pesca marittima)  N.B. non è prevista l’estensione della convenzione ai dipendenti e pensionati pubblici né per i disoccupati e/o familiari a carico |