

RICHIESTA ASSISTENZA SANITARIA IN PAESI CONVENZIONATI

Questo modulo può essere inviato unitamente ad una copia del documento di identità:

- preferibilmente via pec a direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it
- per posta all'indirizzo UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA, Azienda Usl Toscana Nord Ovest, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa
- consegnato a mano presso gli uffici protocollo della Azienda Usl Toscana Nord Ovest

Io sottoscritto/a

nato/a il a prov.

codice fiscale

residente a

in via n. cap.

Tel.

email

Indirizzo PEC

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

RICHIEDO COPERTURA SANITARIA

per la seguente motivazione:

- ☐ svolgere attività lavorativa
☐ motivi di studio
☐ trasferimento della residenza
☐ cure
☐ altro

nel seguente Paese convenzionato:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Argentina | <input type="radio"/> Macedonia, Bosnia Erzegovina, Serbia Montenegro |
| <input type="radio"/> Australia | <input type="radio"/> Principato di Monaco |
| <input type="radio"/> Brasile | <input type="radio"/> San Marino |
| <input type="radio"/> Capoverde | <input type="radio"/> Tunisia |
| <input type="radio"/> Città del Vaticano e Santa Sede | |

DICHIARO di appartenere alla seguente categoria:

- ☐ lavoratore subordinato settore ☐ pubblico ☐ privato
☐ lavoratore in ambito diplomatico
☐ lavoratore autonomo
☐ libero professionista
☐ militare
☐ ministro di culto
☐ pensionato settore ☐ pubblico ☐ privato
☐ familiare a carico di una delle suddette categorie
☐ Altro

DICHIARO di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. I riferimenti per consultare l'informativa sul trattamento dati sono nel box a destra di questo modulo

(luogo e data)

Il Dichiarante

NB: Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, alla presente la dichiarazione sottoscritta dall'interessato deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.



AIUTACI A RISPARMIARE CARTA E TEMPO!

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.

Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code



Responsabile del procedimento

L'ufficio responsabile di questo procedimento è:

UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA

Direttrice: Gabriella Scarselli