

RICHIESTA ASSISTENZA SANITARIA IN PAESI CONVENZIONATI

Questo modulo può essere inviato:

- 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;

Al Direttore Generale Azienda Usl Toscana nord ovest
Att.ne Ufficio Assistenza all'Estero

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:

- ☐ Argentina ☐ Macedonia, Bosnia Erzegovina, Serbia Montenegro
☐ Australia ☐ Principato di Monaco
☐ Brasile ☐ San Marino
☐ Capo Verde ☐ Tunisia
☐ 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 dichiarazione sottoscritta deve essere allegata anche una fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido del dichiarante.

Azienda Usl Toscana nord ovest



Direttore
U.O.C. Gestione Amministrativa
Anagrafe Assistiti e Protesica
Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:
ICO "Gestione Assistenza e autorizzazioni cure all'estero, rilascio modulistica internazionale"
Dr. ssa Claudia Mazzaccheri
e mail: assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili al seguente link :
<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503