

RICHIESTA ASSISTENZA SANITARIA IN PAESI CONVENZIONATI **(ad esclusione dei soggiorni per Turismo/Motivi Personali)**

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

CHIEDO

- ☐ per me stesso; ☐ per i seguenti familiari a carico:
- ☐ residenti nello stesso Stato del Titolare del diritto, a decorrere dal
- oppure
- ☐ residenti in altro Stato a decorrere dal

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](https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy)

L'attivazione della COPERTURA SANITARIA

per la seguente motivazione:

- ☐ svolgere attività lavorativa;
- ☐ motivi di studio;
- ☐ trasferimento della residenza;
- ☐ cure;
- ☐ altro (specificare) ;

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

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 (specificare)

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](https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy)

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