

**RICHIESTA DI ASSISTENZA SANITARIA TEMPORANEA IN ITALIA
PER PRESTAZIONI OSPEDALIERE URGENTI –
ITALIANI RESIDENTI ALL'ESTERO (A.I.R.E.)**

(DM 1 febbraio 1996)

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà
per il proprio rappresentato/amministrato**

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

Il/La sottoscritto/a
Nato/a ila.....Stato di nascita.....
Residente a prov. (.....) Stato
in Via/Piazza..... ☎

in qualità di: Tutore Amministratore di sostegno Esercente la potestà genitoriale
(allegare)

di (Cognome e nome)
Nato/a ila.....Stato di nascita.....
Residente all'estero (Stato)..... Città.....
In Via/Piazza..... ☎
Temporaneamente domiciliato/a in Italia a..... prov. (.....)
In Via/Piazza..... ☎

DICHIARA - per il proprio rappresentato/amministrato

Che è iscritto all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero nel Comune di

Che è (barrare almeno una casella) Emigrato all'estero (nato in Italia)
 Titolare di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani

Che non beneficia di alcuna assicurazione, pubblica* o privata, che copra direttamente o indirettamente il costo delle prestazioni ospedaliere urgenti erogate in regime ambulatoriale o di ricovero in Italia.

**Se il cittadino A.I.R.E. risiede in uno Stato convenzionato con l'Italia in materia sanitaria (Stati UE, CEE e Svizzera, Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano, Rep. San Marino, Principato di Monaco, Tunisia, Bosnia-Erzegovina, Macedonia, Serbia, Montenegro, Kosovo, Voivodina) dovrà attivarsi per esibire l'attestato idoneo, che può essere anche richiesto d'ufficio, al fine di fatturare le sue spese allo Stato estero competente, in quanto gli accordi bilaterali prevalgono sulle disposizioni contenute nel DM 1.2.1996.*

Che nell'anno solare in corso (barrare almeno una casella):

NON HA fruito di assistenza sanitaria in Italia ai sensi DM 1.2.1996 presso altre ASL/Ospedali
 HA fruito di assistenza sanitaria in Italia presso ai sensi DM 1.2.1996 presso altre ASL/Ospedali

Dal al (giorni.....) presso
Dal al (giorni.....) presso

Che è temporaneamente in Italia dal al

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.

CHIEDE - per il proprio rappresentato/amministrato

L'assistenza sanitaria temporanea in Italia per prestazioni ospedaliere urgenti ai sensi del DM 1.2.1996. Consapevole che le prestazioni ospedaliere urgenti sono erogate con oneri a carico del SSN italiano per un numero massimo di 90 giorni nell'anno solare, sia in forma continuativa, sia quando erogate in più periodi, con pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) senza alcuna esenzione. Per ogni altra prestazione sanitaria non urgente ospedaliera e decorso il limite di 90 giorni, le prestazioni sanitarie saranno erogate a totale carico dell'interessato.

ALLEGA - per il proprio rappresentato/amministrato

Copia del **Passaporto** (*obbligatoria*) e, se disponibile, copia del **Certificato dell'ufficio consolare italiano** competente per territorio nello Stato di residenza che attesta lo status di emigrato, dal quale si possono desumere i dati personali e i requisiti all'assistenza. Copia del **documento del tribunale** che attesti la qualità di tutore, amministratore di sostegno.

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 (*per il proprio rappresentato/amministrato*)

.....

.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. 13 D.Lgs. n.196/2003 – CODICE PRIVACY

- I trattamenti dei dati personali, raccolti dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS5) con il presente modulo, hanno lo scopo di verificare esclusivamente le condizioni per l'erogazione dell'assistenza sanitaria temporanea in Italia per prestazioni ospedaliere urgenti, ai cittadini italiani - A.I.R.E., ai sensi del DM 1 febbraio 1996.
Il trattamento è effettuato con e/o senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprende, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. n. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) D.Lgs. 196/03 e necessarie ai trattamenti in questione, con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente.
- Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria.
- Il difetto, totale o parziale, del conferimento dei dati personali comporta, pertanto, l'impossibilità di perseguire le finalità indicate alla lettera a).
- I dati personali oggetto dei trattamenti in questione possono essere comunicati a soggetti diversi dall'AAS5 per le finalità indicate nella lettera a) (ad es. ad altra Azienda Sanitaria italiana). Nei casi previsti dalla normativa vigente (ad es., legge n. 241 del 1990), ai documenti detenuti dall'AAS5 contenenti dati personali della S.V. possono avere accesso soggetti pubblici o privati.
- Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, la S.V., in qualità di interessata, ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i dati trattati e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento facendone esplicita richiesta al Responsabile del trattamento.
- Titolare del trattamento è l'AAS5. Responsabile del trattamento è il Direttore del Distretto/Struttura Ospedaliera Aziendale a cui è presentato il modulo in oggetto. Per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice Privacy sopraelencati, l'interessato dovrà rivolgersi a tale Direttore.

RISERVATO ALL'UFFICIO (AAS5 – Distretto/Struttura)

- L'operatore verifica la corretta compilazione della dichiarazione e l'allegata documentazione prevista, ai fini della concessione o meno dell'assistenza urgente a carico del SSN ai sensi del DM 1 febbraio 1996.
- L'operatore può anche rilasciare all'interessato un'attestazione / tessera sanitaria cartacea temporanea per la fruizione delle cure ospedaliere urgenti ovvero regolarizza la prestazione a carico del SSN e registra nei sistemi informatici i dati relativi.
- La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo firmato dall'interessato è presentato da altra persona o inviato per posta o fax, deve essere accompagnato da fotocopia di suo documento di identità in corso di validità (art.38 DPR 445/2000).