Regione Piemonte
A.S.L. 3 - Torino

RICHIESTA DI RILASCIO ATTESTATO PER L'ASSISTENZA SANITARIA NEI PAESI UE

Il/la sottoscritt_____

Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ / _____ / _____ a _____

Di cittadinanza _____

- ❑ Residente a Torino, via _____
- ❑ Domiciliato a Torino, via _____

Telefono: _____

CHIEDE

il rilascio dell'attestato per l'assistenza sanitaria nei seguenti Paesi della UE:

_____

per [ ] **LAVORO** [ ] **STUDIO** [ ]

nel periodo dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

- ❑ Per se stesso
- ❑ Per i seguenti familiari:

Cognome	Nome	Data di nascita	Rel. Parentela	Codice Fiscale
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Data _____ Firma _____

N.B.: Se il soggiorno all'estero supera i 30 giorni, verrà sospeso il medico di fiducia, ai sensi della Circolare Ministeriale n. 1000.116 dell'11.4.1984. Al rientro in Italia, l'interessato dovrà presentarsi agli sportelli dell'A.S.L. di appartenenza per chiederne la riattribuzione.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente per tale scopo.