

MODULO ASSISTENZA SANITARIA



Ambasciata d'Italia in Colombia

ATTESTAZIONE DEL DIRITTO ALL' ASSISTENZA SANITARIA PER I CITTADINI ITALIANI CHE RIENTRANO TEMPORANEAMENTE SUL TERRITORIO NAZIONALE
(Ar. 12, comma II, D.P.R. 31 Luglio 1980, n 618)

TITOLARE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza attuale

Località

Stato Estero COLOMBIA

In possesso del PASSAPORTO N. _____ rilasciato il _____ SCADENZA _____

FAMILIARI A CARICO

Relaz. Di parentela

Cognome e nome

Data di nascita

1) _____

2) _____

Durata presumibile della permanenza in Italia mesi:

Dal _____ al _____

Si attesta che i soggetti sopraindicati hanno diritto all'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Le prestazioni sono erogate dall'Unita Sanitaria Locale territorialmente competente in base alla temporanea dimora dell'assistito.

Data,

IL CAPO DELLA CANCELLERIA CONSOLARE