

ATTESTATO PER L'ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI ITALIANI ALL'ESTERO
(Art. 15 DPR n. 618 del 31 Luglio 1980)

_____ /
 \

TITOLARE AVENTE DIRITTO

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____

Iscrizione SSN n. _____ ASL.CITTA' DI _____

Categoria Lavorativa di appartenenza Ministero Istruzione, Università Ricerca Scientifica. (MIUR)

Sede di lavoro all'estero _____ Stato: Stati Uniti

Durata presumibile della permanenza all'estero dal _____ al _____

_____ /
 \

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

<i>Relazione di parentela</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Data e luogo di nascita</i>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____

Data _____ Firma del Titolare _____ /
 \

ACCERTATO IL DIRITTO SI RILASCIA AL TITOLARE IL PRESENTE ATTESTATO

Data _____ (Timbro dell'Ufficio)

Firma del responsabile _____