

DISTRETTO DI

Data

DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO

Il sottoscritto nato il

Residente a C.R.A.

C.F.

C H I E D E

per sè e per i sottoscritti familiari

..... nato il ~~C.R.A.~~ ^{CF}
..... nato il ~~C.R.A.~~ ^{CF}
..... nato il ~~C.R.A.~~ ^{CF}
..... nato il ~~C.R.A.~~

il rilascio dell'attestato per l'assistenza sanitaria all'estero.

- durante un temporaneo soggiorno in
- nel periodo dal al
- trasferimento per cure.

A tal fine dichiara di appartenere ad una di queste categorie:

- lavoratore settore privato (industria commercio artigianato) (credito assicurazioni altro)
- lavoratore settore pubblico (dipendente da)
- lavoratore autonomo (commerciante artigiano colt. diretto)
- libero professionista
- titolare di pensione (.....)
- disoccupato
- non assicurato precedentemente all'istituzione del S.S.N.

FIRMA

.....