

DICHIARAZIONE PER IL RILASCIO DEL CODICE ENI

(Ai sensi degli art. 46/47 DPR del 28 Dicembre 2000, n.445 )

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato/a a \_\_\_\_\_  
(città) (stato)

Il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Tel.(non obbligatorio) \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato;

in qualità di:

Familiare \_\_\_\_\_  
(indicare grado di parentela)

Accompagnatore/responsabile struttura \_\_\_\_\_  
(indicare per esteso il nome della struttura/centro/altro)

Rappresentante legale del paziente \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a il) (stato)

Consapevole che, ai sensi dell'art.76 del DPR 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA CHE IL SOTTO SCRITTO  O IL PAZIENTE INDICATO

- E' DOMICILIATO NELL'AMBITO DEL TERRITORIO DELLA REGIONE LAZIO DA PIU' DI TRE MESI ,  
E ATTUALMENTE IN \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_
- NON E' RESIDENTE SUL TERRITORIO ITALIANO;
- NON E' IN POSSESSO DELL'ATTESTAZIONE DELLA REGOLARITA' DI SOGGIORNO;
- NON E' ISCRITTO AL SERVIZIO SANITARIO DEL PAESE DI PROVENIENZA;
- NON E' IN POSSESSO DI ALCUN TIPO DI COPERTURA SANITARIA (TEAM, MODELLI COMUNITARI, SERIE E 1XX, SERIE S, ECC);
- NON E' IN POSSESSO DEI REQUISITI PER L'ISCRIZIONE OBBLIGATORIA O VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE;
- NON E' VENUTO IN ITALIA PER SOTTOPORSI A CURE MEDICHE ( CURE PER LE QUALI LA NORMATIVA COMUNITARIA PREVEDE IL POSSESSO DEL MODELLO S2/E112);
- E' IN CONDIZIONE DI POVERTA' E FRAGILITA' SOCIALE;

**ALLO SCOPO SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL PAESE DI PROVENIENZA