



DÉCLARATION POUR OBTENIR LE CODE ENI

(Aux termes des articles 46 et 47 DPR n. 445 du 28 décembre 2000)

Je soussigné/e _____
(nom) (prénom)

Né/e à _____
(ville) (pays)

Le _____ Nationalité _____ Tél.(facultatif) _____

En tant que personne directement concernée ;

en qualité de :

Membre de la famille _____
(indiquer le niveau de parenté)

Accompagnateur/responsable de la structure _____
(indiquer le nom complet de la structure/centre/autre)

Représentant légal du patient _____
(nom) (prénom) (né/e le) (pays)

Sachant que, aux termes de l'article 76 du DPR n. 445 du 28.12.2000, toute déclaration mensongère et/ou présentation ou utilisation de faux documents dans les cas visés par le décret susmentionné sont passibles de poursuites pénales en vertu des dispositions du code pénal et des lois spécifiques en la matière.

DÉCLARE QUE LE/LA SOUSSIGNÉ/E OU LE PATIENT INDIQUÉ

- EST DOMICILIÉ SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉGION LATIUM DEPUIS PLUS DE TROIS MOIS ET SE TROUVE ACTUELLEMENT À _____ DANS LA PROVINCE DE _____
- NE RÉSIDE PAS SUR LE TERRITOIRE ITALIEN ;
- N'EST PAS TITULAIRE D'UN PERMIS DE SÉJOUR RÉGULIER ;
- N'EST PAS INSCRIT AU SERVICE DE SANTÉ DE SON PAYS D'ORIGINE ;
- NE DISPOSE D'AUCUNE COUVERTURE SANITAIRE (CEAM, MODÈLES COMMUNAUTAIRES, SÉRIE E 1XX, SERIE S, ETC.) ;
- NE REMPLIT PAS LES CONDITIONS REQUISES POUR L'INSCRIPTION OBLIGATOIRE OU VOLONTAIRE AU SERVICE DE SANTÉ NATIONAL ;
- N'EST PAS VENU EN ITALIE POUR SE SOUMETTRE À DES TRAITEMENTS MÉDICAUX (POUR LESQUELS LA RÉGLEMENTATION COMMUNAUTAIRE IMPOSE DE POSSÉDER LE FORMULAIRE S2/E112) ;
- SE TROUVE EN CONDITIONS DE PAUVRETÉ ET DE FRAGILITÉ SOCIALE ;

À CETTE FIN LA DOCUMENTATION SUIVANTE EST JOINTE À LA PRÉSENTE

COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ DU PAYS D'ORIGINE