



**DOMANDA PER IL RILASCIO
 DELLA TESSERA SANITARIA A CITTADINO ITALIANO ISCRITTO
 ALL'ANAGRAFE DEI CITTADINI ITALIANI RESIDENTI ALL'ESTERO (A.I.R.E.)**

Il sottoscritto _____
Cognome e Nome

nato a _____ **il** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Indicare il luogo di nascita (Comune Italiano o Nazione) Data di nascita

residente in _____ **è iscritto all'Anagrafe dei Cittadini**
Indicare il Paese la Nazione di residenza

Italiani Residenti all'estero (A.I.R.E.) nel Comune di _____

della Regione del Veneto, luogo di ultima residenza prima dell'espatrio.

CHIEDE

il rilascio della Tessera Sanitaria

**ai sensi dell'art. 43 della Legge Regionale n. 1/2004 e della DGRV n. 242 del 04.02.2005
 per se e per i seguenti familiari a carico pure con ultima residenza prima dell'espatrio
 in un Comune del Veneto ed iscritti all'A.I.R.E. nello stesso Comune dell'interessato:**

_____ **nato a** _____ **il** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cognome e Nome Data di nascita

_____ **nato a** _____ **il** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cognome e Nome Data di nascita

_____ **nato a** _____ **il** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cognome e Nome Data di nascita

A tale fine dichiara:

- di soggiornare temporaneamente nella Regione Veneto dal** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
al |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **nel Comune di** _____;
- di non aver titolo all'assistenza nel territorio italiano con oneri a carico di Istituzioni
 Estere, in base ai vigenti Regolamenti Comunitari o alle Convenzioni Bilaterali per
 la Sicurezza Sociale;**
- di non aver titolo all'assistenza nel territorio italiano con oneri a carico di
 Assicurazione privata valida sul territorio italiano;**

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente l'eventuale interruzione anticipata del soggiorno.

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Firma dell'interessato
