

**ATTESTATO PER L'ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI ITALIANI ALL' ESTERO
(art. 15 D.P.R. 618/80)**

(da compilare in 4 copie)

TITOLARE AVENTE DIRITTO

Cognome Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Comune di residenza..... Via n.....

Numero iscrizione al S.S.N..... A.S.L n.....

Via..... . Citta'n. di Fax.....

Tipo di attività di lavoro all'estero

Sede di lavoro all'estero Stato

Durata presumibile del lavoro..... dal..... al

Per i lavoratori dipendenti del settore privato dichiarazione a cura del datore di lavoro

Si attesta che il lavoratore in epigrafe presterà la propria attività lavorativa all'estero alle dipendenze del per il periodo e nella località sopra indicati. Il lavoratore si trova nelle condizioni previste dall'art.2, i comma lett. A, del D.P.R. 31.07.80 n. 618.

Data Timbro e firma

FAMILIARI A CARICO

Relazione di parentela	Cognome e nome	Data e luogo di nascita
.....
.....
.....
.....

Data Firma del titolare.....

ACCERTATO IL DIRITTO SI RILASCIATA IL PRESENTE ATTESTATO

Firma del responsabile

Data (Timbro dell'Ufficio)