ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
Ufficio Scelta e Revoca
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023
e-mail: assistenzaprimaria.francavilla@asl2abruzzo.it

ATTESTATO PER L'ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO
(art. 15 D.P.R. 31 LUGLIO 1980 N.618)

TITOLARE AVENTE DIRITTO

Cognome ..... Nome.....

Qualifica/ Grado.....

Luogo e data di nascita.....

Codice Fiscale.....

Comune, Via di residenza e C.A.P. (1).....

Indirizzo e-mail.....

A.S.L.di residenza (anagrafica, non di domicilio temporaneo) .....Iscrizione S.S.N.(2).....

ASL di domicilio (se diversa da quella anagrafica) (3).....

Iscrizione AIRE del Comune di.....

Categoria di appartenenza (4).....

Sede di lavoro all'estero.....

Stato.....

Durata presumibile di permanenza all'estero ..... dal.....al.....

Per i lavoratori 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 _____ (Ente, Impresa, Società) per il periodo e nelle località sopra indicati. Il lavoratore si trova nelle condizioni previste dall'art. 2, comma 1, lettera A), del D.P.R. 31.7.1980, n. 618. Data, _____ Timbro e firma _____

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Relazione di parentela	Cognome e Nome	Data e luogo di nascita	ASL di residenza (anagrafica, non di domicilio temporaneo) (5)

Data, _____ Firma del Titolare

ACCERTATO IL DIRITTO, SI RILASCIA IL PRESENTE ATTESTATO

Data, _____ (Timbro dell'Ufficio) (6)
Firma del responsabile _____