

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DICHIARAZIONE PER IL RILASCIO DEL CODICE ENI

(ai sensi degli art. 46-47 DPR 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 del Centro/Struttura/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 SOTTOSCRITTO o IL PAZIENTE INDICATO

- È DOMICILIATO NELL'AMBITO DEL TERRITORIO DELLA REGIONE LAZIO DA PIÙ DI TRE MESI, E ATTUALMENTE IN _____ PROVINCIA DI _____
- NON È RESIDENTE SUL TERRITORIO ITALIANO;
- NON È IN POSSESSO DELL'ATTESTAZIONE DELLA REGOLARITA' DI SOGGIORNO;
- NON È ISCRITTO AL SERVIZIO SANITARIO DEL PAESE DI PROVENIENZA;
- NON È IN POSSESSO DI ALCUN TIPO DI COPERTURA SANITARIA (TEAM, MODELLI COMUNITARI SERIE E1XX, SERIE S, ECC);
- NON È IN POSSESSO DEI REQUISITI PER L'ISCRIZIONE OBBLIGATORIA O VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE;
- NON È VENUTO IN ITALIA PER SOTTOPORSI A CURE MEDICHE (CURE PER LE QUALI LA NORMATIVA COMUNITARIA PREVEDE IL POSSESSO DEL MODELLO S2/E112);
- È IN CONDIZIONE DI POVERTA' E FRAGILITA' SOCIALE;

ALLO SCOPO SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL PAESE DI PROVENIENZA.



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art.13 del DLGs 196/03 è informato/a che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

(Luogo e Data)

(Firma del dichiarante)

A CURA DELLA STRUTTURA

CODICE ENI ATTRIBUITO

E	N	I																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RILASCIO

RINNOVO

DUPLICATO

VALIDO DAL ____/____/____

AL ____/____/____

(Luogo e Data)

Il dipendente addetto (firma leggibile)