

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DICHIARAZIONE PER IL RILASCIO DEL CODICE ENI

(Ai sensi degli art. 46/47 DPR del 28 Dicembre 2000)

Il /La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____
(città) (stato)

Il _____ Cittadinanza _____ Tel.(non obbligatorio) _____

☐ in qualità di diretto interessato;

☐ in qualità di:

☐ **Famigliare** _____
(indicare grado di parentela)

☐ **Accompagnatore/responsabile struttura** _____
(indicare per esteso il nome della struttura/centro/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 ☐

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

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

ALLO SCOPO SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

☐ COPIA DEL DOCUMENTO

Il/la sottoscritto/a ai sensi dell'arti.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)