

Please present both the English and Italian version of the declaration during border checks.

Certification of entry for medical reasons

I,

Last name, first name

in my capacity as

e. g. attending physician or director of a medical facility

Name and address of the medical facility, entry in the commercial register, entry in other registers if applicable

hereby certify that the patient

Last name, first name: _____

Date of birth: _____ Nationality _____

Address: _____

Passport number: _____

urgently needs to enter Italy for the following treatment:

Start and planned end of treatment: _____

Failure to receive this treatment would be life-threatening or could cause serious long-term damage.

Treatment in Italy is necessary for the following reason:

- The treatment can only be performed in Italy or at least cannot be performed in the person's country of origin.
- The treatment has already begun in Italy and is to be continued, as proved by the attached documentation.

Place, date

Signature of the person providing the certification, in permanent ink

Certificato di ingresso per motivi di salute

Io,

Cognome, Nome

Nel mio ruolo di

Ruolo professionale ricoperto (medico di medicina generale, specialista, ecc...)

nome, indirizzo dello studio medico o della struttura di cui si è dipendente

Certifico che

Cognome e Nome : _____

Data di nascita: _____

Nationality _____

Indirizzo: _____

N°Passaporto: _____

Necessità di entrare in Italia per la seguente motivazione di carattere sanitario:

Inizio e fine prevista del trattamento:

Certifico inoltre che la vita del paziente sarebbe a rischio o che comunque nel caso quest'ultimo non ricevesse il trattamento, questi soffrirebbe di seri danni a lungo termine.

Certifico altresì che il trattamento deve essere eseguito necessariamente in Italia in

quanto:

- Il trattamento può essere eseguito solo in Italia o comunque non nel paese da cui richiede l'ingresso il soggetto.
- Il trattamento è stato iniziato e deve necessariamente essere continuato in Italia. Allegare documentazione ufficiale in allegato che comprovi quanto dichiarato.

Luogo e data

Firma e Timbro del medico