**ATTESTATO PER L'ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO**

**(art. 15 D.P.R. 31 LUGLIO 1980 N.618)**

**TITOLARE AVENTE DIRITTO**

Cognome …………………………………………………………........ Nome……………………………………………………................

Qalifica/ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE**

(1) Per il lavoratore non più residente anagraficamente sul territorio nazionale indicare l'iscrizione all'AIRE e la residenza all'estero.

(2) Per i lavoratori distaccati e residenti all'estero, per i quali non si possa fare riferimento ad una A.S.L. di iscrizione, indicare il numero di matricola, se dipendenti pubblici, ovvero il numero di posizione contributiva all'INPS, se dipendenti privati.

(3) L'Azienda Sanitaria Locale di residenza del lavoratore deve, contestualmente all'emissione dell'attestato, ottemperare agli adempimenti previsti dell'art. 7, comma 1, della Legge 7/8/1982 n. 526*:* sospendere il medico di medicina generale per soggiorni superiori a 30 giorni, ed eventualmente il pediatra di libera scelta per i familiari minorenni; e provvedere ad informare l’eventuale ASL di temporanea dimora dell’assistito dell’emissione dell’attestato, al fine della sospensione del medico di medicina generale presso quest’ultima.

(4) Indicare ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 618/80, in quale settore si opera. Per i lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, specificare il datore di lavoro o l'Amministrazione di appartenenza. Il lavoratore autonomo dovrà esibire idonea documentazione che sarà acquisita agli atti dalla A.S.L. I titolari di borse di studio e i vincitori di stage dovranno esibire la documentazione comprovante il conseguimento della borsa di studio o dello stage specificando l’Università o Fondazione, italiana o estera, che la eroga.

(5) **Nel caso di nuclei familiari con residenze diverse**:

 a) il rimborso delle spese verrà effettuato dalle rispettive Asl di residenza;

 b) la rappresentanza diplomatica competente dovrà indirizzare le richieste di rimborso alle rispettive Asl di residenza per ogni soggetto avente diritto; per i non residenti in Italia le richieste di rimborso andranno indirizzate all’ufficio competente del Ministero della Salute;

 c) l’Asl di residenza del titolare avente diritto, che rilascia l’attestato, dovrà comunicare alle altre Asl di residenza dei familiari, l’avvenuto rilascio del presente attestato in modo che le rispettive ASL competenti possano ottemperare agli adempimenti previsti dell'art. 7, comma 1, della Legge *7/8/1982* n. *526:* sospendere il medico di medicina generale per soggiorni superiori a 30 giorni, ed eventualmente il pediatra di libera scelta per i familiari minorenni.

(6) Per i lavoratori del settore privato, residenti in Italia: A.S.L. competente territorialmente.

 Per i lavoratori del settore privato, non residenti in Italia: Rappresentanza diplomatica italiana competente.

 Per i lavoratori del settore pubblico, residenti in Italia: ASL competente territorialmente.

 Per i lavoratori del settore pubblico non residenti in Italia: Amministrazione/Ente pubblico di appartenenza, o all'estero, Rappresentanza diplomatica italiana competente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

A) L'attestato ha validità per il periodo di permanenza all'estero indicato nel frontespizio. Nell'eventualità di una permanenza per una durata di tempo indeterminata l'attestato ha validità di un anno dalla data di rilascio. In caso di rientro dal periodo di missione o di distacco all'estero, prima del termine indicato nel frontespizio, il diritto all'assistenza sanitaria all’estero cessa con la data del rientro sul territorio nazionale.

B) Ai fini del rilascio dell'attestato deve essere acquisita agli atti la documentazione comprovante il diritto all'assistenza sanitaria all'estero.

C) I soggetti legittimati al rilascio dell'attestato devono inoltrare al Ministero della Salute copia dell'attestato emesso ai soggetti non residenti in Italia.