



ALL'AZIENDA USL DI IMOLA

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____
via _____ tel. _____ consapevole che le dichiarazioni
mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come
stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che decadono i benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARO

➤ DI ESSERE CITTADINO _____ ;

E DICHIARO (*segnare e compilare la parte corrispondente alla propria situazione*)

DI ESSERE LAVORATORE SUBORDINATO:

DEL SETTORE PRIVATO

e pertanto tuttora in forza presso la Ditta _____

con sede in _____ via _____

con rapporto di lavoro

a tempo indeterminato

a tempo determinato, e pertanto fino al _____

DEL SETTORE PUBBLICO

e pertanto tuttora in forza presso l'Ente _____ ;

DI ESSERE LAVORATORE AUTONOMO:

COMMERCIANTE

ARTIGIANO - iscrizione all'Albo Imprese Artigiane n. _____ provincia _____

AGRICOLTORE

LIBERO PROFESSIONISTA - iscrizione all'Albo Prof.le di _____ n. _____ ;

DI ESSERE PENSIONATO:

DELLA SEGUENTE CATEGORIA DEL SETTORE PRIVATO: _____

ENTE PREVIDENZIALE _____

DEL SETTORE PUBBLICO: _____

ENTE PREVIDENZIALE _____ ;

DI _____ ;

E DICHIARO ALTRESI'

di avere a mio carico i sottoelencati familiari e che questi familiari non prestano attività lavorativa:

cognome e nome

data di nascita

parentela

1) _____

2) _____

3) _____

RICHIEDO

per me e/o per i familiari sopra citati il rilascio del modello attestante il diritto all'assistenza sanitaria per recarsi nel seguente Stato
estero: _____ per TURISMO LAVORO _____
nel periodo dal _____ al _____.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice
in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici,
esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____
(*luogo e data*)

Il dichiarante _____
(*firma per esteso e leggibile*)

.....
La sottoscrizione della dichiarazione/istanza è stata apposta in mia presenza dall'interessato identificato
mediante _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____ .

_____, li _____ Il dipendente addetto _____

.....
*Qualora la dichiarazione/istanza non possa essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, la dichiarazione/istanza
dovrà essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.*