

S2



Diritto alle cure programmate

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato di diritto a certe cure mediche all'estero. Se presentate l'attestato all'istituzione sanitaria nel paese in cui saranno fornite le cure riceverete un trattamento medico alle stesse condizioni delle persone assicurate in tale paese.

Potreste eventualmente avere diritto a un rimborso supplementare conformemente alle tariffe di rimborso nazionali.

La vostra istituzione sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni sanitarie si rinvia a:

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

- | | |
|--|----------------------|
| 1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente | |
| 1.2 Cognome/i | |
| 1.3 Nome/i | |
| 1.4 Cognome alla nascita (**) | |
| 1.5 Data di nascita | |
| 1.6 Indirizzo attuale | |
| 1.6.1 Via, n. | 1.6.3 Codice postale |
| 1.6.2 Città | 1.6.4 Codice paese |

2. TIPO E LUOGO DELLE CURE

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| 2.1 Cure | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 2.2 Luogo delle cure | |
| | |
| | |
| | |
| 2.3 Periodo previsto delle cure | |
| 2.3.1 Data di inizio | 2.3.2 Data finale |

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 20, 27 e 36, e 987/2009, articoli 26 e 33.

(**) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

S2



Diritto alle cure programmate

3. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO

3.1 Denominazione

3.2 Via, n.

3.3 Città

3.4 Codice postale

3.5 Sigla paese

3.6 Numero di identificazione dell'istituzione

3.7 Fax ufficio n.

3.8 Telefono ufficio n.

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Firma

TIMBRO