

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'ISCRIZIONE ANAGRAFICA DI CITTADINI DI STATI
APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA
DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'ASSICURAZIONE SANITARIA¹**

IMPRESA ASSICURATRICE _____

Si attesta che l'assicurazione sanitaria del sig.:

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

- È valida in Italia;
- Prevede la copertura integrale dei rischi sanitari (art.7, c.1, lett.b) e c) del d.Lgs. n.30/2007);
- nella polizza sono indicate le formalità da seguire per la richiesta di rimborso;
- Periodo di validità della polizza: data di decorrenza _____, data di scadenza _____;
- Indicare gli eventuali famigliari ed il grado di parentela, inclusi nella polizza:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Data _____

Firma e timbro dell'impresa assicuratrice

¹ La dichiarazione non può essere sottoscritta dalla persona titolare della polizza assicurativa.