



REGIONE  
LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

**DICHIARAZIONE PER IL RILASCIO DEL CODICE ENI**

(ai sensi degli art. 46-47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_  
(città) (Stato)

il \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ non obbligatorio

In qualità di diretto interessato;

In qualità di:

familiare \_\_\_\_\_  
(indicare grado di parentela)

accompagnatore/responsabile struttura \_\_\_\_\_  
(indicare per esteso il nome del Centro/Struttura/altro)

rappresentante legale

del paziente \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato/a il) (stato)

*consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*

**DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO  o IL PAZIENTE INDICATO**

- É DOMICILIATO NELL'AMBITO DEL TERRITORIO DELLA REGIONE LAZIO DA PIÙ DI TRE MESI, E ATTUALMENTE IN \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_
- NON É RESIDENTE SUL TERRITORIO ITALIANO;
- NON É IN POSSESSO DELL'ATTESTAZIONE DELLA REGOLARITA' DI SOGGIORNO;
- NON É ISCRITTO AL SERVIZIO SANITARIO DEL PAESE DI PROVENIENZA;
- NON É IN POSSESSO DI ALCUN TIPO DI COPERTURA SANITARIA (TEAM, MODELLI COMUNITARI SERIE E1XX, SERIE S, ECC);
- NON É IN POSSESSO DEI REQUISITI PER L'ISCRIZIONE OBBLIGATORIA O VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE;
- NON É VENUTO IN ITALIA PER SOTTOPORSI A CURE MEDICHE (CURE PER LE QUALI LA NORMATIVA COMUNITARIA PREVEDE IL POSSESSO DEL MODELLO S2/E112);
- É IN CONDIZIONE DI POVERTA' E FRAGILITA' SOCIALE;

**ALLO SCOPO SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL PAESE DI PROVENIENZA.