

Anfrage um Ausstellung E106 – E109

Ersatzerklärung an Stelle von Bescheinigungen und Ersatzerklärung an Stelle von Notorietätsaktes laut Art. 46 und Art.47 des D.P.R. 28.12.2000, Nr. 445

Der/die unterfertigte _____
 geb. am _____ in _____
 Staatsbürgerschaft _____

erklärt

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, indem er/sie die zutreffenden Kästchen ankreuzt und im Bewusstsein, dass er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 76 und 75 obgenannten Dekretes vom 28.12.2000 vorgesehen ist:

dass er /sie dass die Familienangehörigen:

Nachname, Vorname und Mädchenname angeben!

Name _____

geb. am _____ in _____

Staatsbürgerschaft _____

Verwandschaftsgrad _____

Name _____

geb. am _____ in _____

Staatsbürgerschaft _____

Verwandschaftsgrad _____

Name _____

geb. am _____ in _____

Staatsbürgerschaft _____

Verwandschaftsgrad _____

Name _____

geb. am _____ in _____

Staatsbürgerschaft _____

Verwandschaftsgrad _____

ansässig in (Postleitzahl, Ort, Staat angeben)

Straße /Nr. _____

ansässig seit _____

Domanda per il rilascio E106 – E109

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/la sottoscritto(a) _____
 nt. il _____ a _____
 cittadinanza _____

dichiara

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 barrando le caselle che interessano e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto:

che egli / ella che i familiari:

indicare cognome, nome e cognome da nubile!

nome _____

nt. il _____ a _____

cittadinanza _____

grado di parentela _____

nome _____

nt. il _____ a _____

cittadinanza _____

grado di parentela _____

nome _____

nt. il _____ a _____

cittadinanza _____

grado di parentela _____

nome _____

nt. il _____ a _____

cittadinanza _____

grado di parentela _____

residente/i a (indicare CAP, luogo, stato)

via /n. _____

residente/i dal _____

Tel. Nr. _____

eingetragen im Meldeamt folgender Gemeinde:

keinen Wohnsitz in Italien hat /haben
seit _____

im AIRE-Register
der Gemeinde _____
eingetragen ist seit _____

vor der Verlegung des Wohnsitzes ins
Ausland in _____
der Gemeinde _____
Straße / Nr. _____
ansässig war _____
und beim SB in _____
Str. _____ eingetragen war

keinen anderen Versicherungstitel hat/
haben u. somit keinen Anspruch auf sanitäre
Betreuung in _____ hat/haben
(ausländischer Staat)

Fernfahrer/in ist (mit Erklärung des
Arbeitgebers)

Grenzgänger/in ist, (= in der Regel täglich,
mindestens aber einmal wöchentlich an die
Wohnadresse im Ausland zurückzukehren)

zu Lasten lebend von:
Name _____
geb. _____

- dass er/sie sich verpflichtet, eventuelle
Änderungen in Bezug auf**
 seinen / ihren Wohnsitz
 Übersiedlung in einen anderen ausländischen
Staat
 Rückkehr nach Italien

- Auflösung des Arbeitsverhältnisses in Italien
 Erhalt einer ausländischen Rente
 Wohnsitz der Familienangehörigen
 Erwerb eines anderen Versicherungstitels der
Familienangehörigen

dem **Gesundheitsbezirk Bozen** -
Sanitätssprengel unverzüglich mitzuteilen:

- **in Bozen – W.-A.-Loew-Cadonna-Platz 12**

Bezeichnung und Anschrift der ausländischen
Krankenkasse:

Straße / Nr _____

Plz. / Ort _____

Der / Die Erklärende

Datum

n. tel. _____

iscritto/i all'ufficio anagrafe del seguente comune:

non ha / hanno la residenza in Italia
dal _____ ./..

iscritto all'A.I.R.E.
del comune di _____
dal _____

prima del trasferimento di residenza all'estero
era residente
nel comune di _____
via / n. _____
ed era
iscritto alla ASL di _____
via n. _____

non ha/hanno nessun altro titolo di
assicurazione e di non avere diritto
all'assistenza sanitaria in _____
(stato estero)

di essere addetto/a ai trasporti (con
dichiarazione del datore di lavoro)

di essere frontaliero/a, (= di ritornare di
massima ogni giorno o almeno una volta alla
settimana all'indirizzo dello Stato dove risiede)

di essere a carico di:
nome _____
nt. _____

**che si impegna a comunicare
tempestivamente eventuali variazioni di
sua residenza**

- trasferimento in altro stato estero
 rientro in Italia

- risoluzione del suo rapporto di lavoro in Italia
 acquisizione di una pensione estera
 residenza dei familiari
 diritto ad eventuale altro titolo assicurativo di
assistenza dei familiari

al **Comprensorio Sanitario di Bolzano** -
Distretto Sanitario:

- **a Bolzano – P.zza W. A. Loew-Cadonna 12**

denominazione ed indirizzo della cassa
malattia estera:

via / n. _____

CAP / luogo _____

Il / la dichiarante

Data