

ATTESTATO PER L'ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO  
(art. 15 D.P.R. 31 LUGLIO 1980 N.618)

TITOLARE AVENTE DIRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Qualifica/ Grado \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Comune, Via di residenza e C.A.P. (1) \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_  
A.S.L.n. \_\_\_\_\_ Iscrizione S.S.N. (2) n. \_\_\_\_\_  
Categoria di appartenenza (3) \_\_\_\_\_  
Sede di lavoro all'estero \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Durata presumibile di permanenza all'estero (4) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Per i lavoratori del settore privato dichiarazione a cura del datore di lavoro

Si attesta che il lavoratore in epigrafe presterà la propria attività lavorativa all'estero alle dipendenze del

(Ente, Impresa, Società)

per il periodo e nelle località sopra indicati. Il lavoratore si trova nelle condizioni previste dall'art. 2, comma 1, lettera A), del D.P.R. 31.7.1980, n. 618.

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Relazione di parentela	Cognome e Nome	Data e luogo di nascita

Data \_\_\_\_\_

Firma del titolare

ACCERTATO IL DIRITTO, SI RILASCIAMO IL PRESENTE ATTESTATO

Data \_\_\_\_\_

(Timbro dell'Ufficio) (5)

Firma del responsabile \_\_\_\_\_

- Note: (1) Per il lavoratore non più residente anagraficamente sul territorio nazionale indicare l'iscrizione all'AIRE e la residenza all'estero.  
(2) Per i lavoratori distaccati e residenti all'estero, per i quali non si possa fare riferimento ad una A.S.L. di iscrizione, indicare il numero di matricola, se dipendenti pubblici, ovvero il numero di posizione contributiva all'INPS, se dipendenti privati.  
(3) Indicare ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 61 8/80, in quale settore si opera. Per i lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, specificare il datore di lavoro o l'Amministrazione di appartenenza. Il lavoratore autonomo dovrà esibire idonea documentazione che sarà acquisita agli atti dalla A.S.L. I titolari di borse di studio dovranno esibire la documentazione comprovante il conseguimento della borsa di studio specificando l'Università o Fondazione, italiana o estera, che la eroga.  
(4) L'Azienda Sanitaria Locale di iscrizione del lavoratore deve, contestualmente all'emissione dell'attestato, ottemperare agli adempimenti previsti dall'art. 7, I comma della Legge 7/8/1982 n. 526: sospendere il medico di medicina generale per soggiorni superiori a 30 giorni.  
(5) Per i lavoratori del settore privato: A.S.L. competente territorialmente o, all'estero, Consolato competente. Per i lavoratori del settore pubblico: ASL competente territorialmente, Ministero della Salute o Amministrazione o Ente pubblico di appartenenza o, all'estero, Consolato competente.

AVVERTENZE

- A) L'attestato ha validità per il periodo di permanenza all'estero indicato nel frontespizio. Nell'eventualità di una permanenza per una durata di tempo indeterminata l'attestato ha validità di un anno dalla data di rilascio. In caso di rientro dal periodo di missione o di distacco all'estero, prima del termine indicato nel frontespizio, il diritto all'assistenza sanitaria cessa con la data del rientro sul territorio nazionale.  
B) Ai fini del rilascio dell'attestato deve essere acquisita agli atti la documentazione comprovante il diritto all'assistenza sanitaria all'estero.  
C) I soggetti legittimati al rilascio dell'attestato devono inoltrare al Ministero della Salute e alla ASL dell'assistito copia dell'attestato emesso.

**ASSISTENZA SANITARIA LAVORATORI ALL'ESTERO**  
**(D.P.R. 31.07.1980 N. 618)**

I lavoratori di diritto italiano del settore pubblico e privato o i titolari di borsa di studio o vincitori di uno stage all'estero dopo aver superato una selezione, che si recano per motivi di lavoro in paesi nei quali non esistono convenzioni in materia sanitaria, fruiscono dell'assistenza sanitaria indiretta, vale a dire che anticipano le spese e ne chiedono il rimborso al Ministero della Salute.

A tal fine dovranno presentare una domanda di rimborso al Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 8, **tramite Ambasciata o Consolato italiani all'estero territorialmente competenti, entro tre mesi** dalla data di effettuazione dell'ultima spesa correlata ad un singolo evento morboso, allegando la seguente documentazione:

1. domanda di rimborso redatta dal titolare dell'assistenza con l'apposizione della data di presentazione e del timbro da parte della Rappresentanza ai dell'accertamento dei termini di decadenza nella quale sarà necessario specificare chi ha sostenuto la spesa.
2. nel caso in cui la spesa sia stata sostenuta dalla Ditta è necessario allegare una tua liberatoria, ovvero una dichiarazione nella quale si attesta che la spesa è stata sostenuta dal tuo datore di lavoro
3. copia dell' attestato ex art. 15 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618
4. parere motivato del Capo della Rappresentanza diplomatica o dell'Ufficio consolare circa la congruità dei prezzi, tariffe, onorari del luogo, con il quale venga specificato se l'assistito sia stato costretto a rivolgersi a struttura privata in mancanza o per inadeguatezza di strutture pubbliche
5. codice fiscale del titolare dell'assistenza, ovvero del lavoratore
6. certificato medico con diagnosi e/o relazione sanitaria
7. in caso di ricovero ospedaliero dichiarazione da parte della struttura sanitaria del costo della degenza ordinaria in vigore nella struttura medesima
8. documentazione di spesa in originale, regolarmente quietanzata, rilasciata in conformità con le norme fiscali vigenti nel Paese (fatture, quietanze o ricevute di pagamento) dalla quale risulti la distinta dei singoli costi delle prestazioni
9. traduzione in lingua italiana della documentazione qualora quest'ultima sia in lingua diversa da inglese e francese
10. modalità di rimborso: domicilio o c/c bancario del titolare in Italia, con i relativi codici ABI/CAB e IBAN.

11. una copia di tutto il carteggio.

L'Ambasciata o l'Ufficio Consolare, previa verifica della completezza degli atti presentati in originale, appone il visto su tutta la documentazione (tranne l'attestato) e trasmette la stessa, tradotta, al Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 8 - Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma.

Il Ministero della Salute, verificata la regolarità e la completezza della documentazione, inoltrerà al competente organo di controllo del Ministero dell'Economia e delle Finanze il provvedimento di liquidazione delle spese sanitarie sostenute nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o, in caso contrario, qualora vengano a mancare i presupposti giuridici, procederà con un provvedimento di reiezione.

ASE-TRASF-RPL (lavoratore): Domanda inoltrata tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di .....

Il sottoscritto..... dipendente da (1)..... con qualifica di..... in servizio presso.....  
.....Codice fiscale .....e-mail.....  
chiede, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618, il rimborso delle spese, per un importo di (2).....sostenute nel periodo dal .....al.....  
per le prestazioni sanitarie, di cui all'allegato elenco, fruito dal (3).....  
nella località di.....

Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda che:

- 1) le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
- 2) le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi.
- 3) ha sospeso il rapporto con il medico di fiducia, ai sensi dell'art. 7 della Legge 7 agosto 1982, n. 526.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

- mediante accreditamento sul c/c bancario n. .... della Banca .....  
.....Agenzia n. ....di (indirizzo) .....

Cod. ABI .....Cod. CAB.....Codice IBAN .....

- presso il proprio domicilio;

- mediante accreditamento presso Rappresentanza Diplomatica o Consolare limitatamente al personale a contratto regolato a legge italiana in servizio presso le rappresentanze diplomatiche, gli uffici consolari e gli istituti di cultura all'estero.

Data.....

Firma.....

(1)I lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore di lavoro e l'amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazione dei soggetti per i quali è svolta temporaneamente l'attività all'estero.  
Per il borsista specificare l'Università o l'Ente che corrisponde la borsa di studio.

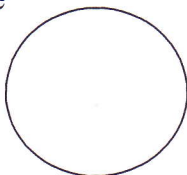
(2) Indicare di quale valuta trattasi.

(3) Medesimo o familiare.

**N.B.** Si ricorda che la domanda deve essere correlata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle **fatture di spesa, in originale, debitamente quietanzate**. In caso contrario non si potrà procedere all'istruttoria della pratica di rimborso.

presentata alla Rappresentanza <sup>Diplomatica</sup> di .....  
<sub>Consolare</sub>

In data .....



**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA**  
timbro e firma

(parte da restituire all'assistito a cura della Rappresentanza)

Il Sig. ....ha presentato domanda di rimborso,

a termine dell'art. 7 del D.P.R. 618/1980, in data ..... con n. ....  
allegati di spesa in originale.

timbro e firma

**AL MINISTERO DELLA SALUTE**  
**Direzione Generale della Programmazione Sanitaria**  
**UFFICIO 8**  
**Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 ROMA**

ASE-TRASF-RPL (Datore): Domanda inoltrata tramite la Rappresentanza Diplomatica o Ufficio Consolare di .....

L'Impresa.....Codice fiscale /Partita IVA.....  
.....e.mail .....per il proprio dipendente.....  
.....con qualifica di .....  
in servizio presso.....  
chiede, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618, il rimborso delle spese, per un importo di (1) .....sostenute nel periodo dal .....al.....  
per le prestazioni sanitarie, di cui all'allegato elenco, fruito dal (2) .....  
nella località di .....

Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda che:

- 1) le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
- 2) le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

- mediante accreditamento sul c/c bancario n. .... della Banca .....  
Agenzia/Filiale con sede in ..... Cod. ABI .....Cod. CAB .....

Codice IBAN (27 caratteri).....

Data.....

**Firma** .....

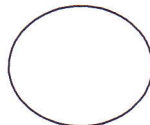
(1) Indicare di quale valuta trattasi.

(2) Medesimo o familiare.

-----  
**N.B.** Si ricorda che la domanda deve essere correlata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle **fatture di spesa, in originale, debitamente quietanzate**. In caso contrario non si potrà procedere all'istruttoria della pratica di rimborso.  
-----

presentata alla Rappresentanza ----- di .....  
Diplomatica  
Consolare

In data .....



**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA**

**timbro e firma**

-----  
(parte da restituire all'assistito a cura della Rappresentanza)\*

Il Sig. .... ha presentato domanda di rimborso, a termine dell'art. 7 del D.P.R. 618/1980, in data ..... con n. .... allegati di spesa in originale.

timbro e firma