

Al **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**
Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione
Divisione II

Segreteria minori accolti
Via Flavia 6-00187 Roma
Email: dg_immigrazione_23@lavoro.gov.it

MODELLO 3 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA COPERTURA SANITARIA

PROGETTO N. _____

Il sottoscritto _____
Residente a _____ Prov _____ CAP _____
Via _____ n. _____

DICHIARA

che il minore:

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ Il _____ Nazionalità _____

ospitato nell'ambito del programma solidaristico di accoglienza temporanea è provvisto di adeguata copertura sanitaria, attraverso:

Iscrizione al Servizio sanitario nazionale

Polizza assicurativa sanitaria

Copertura sanitaria dello Stato convenzionato di provenienza

_____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)