

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER IL RICORSO ALL'ASSISTENZA ALL'ESTERO PER PARTO (RILASCIO S2)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ prov. (____), il ____/____/____
residente in _____ Via _____ n. _____
riferimenti telefonici: _____ mail _____
nella sua qualità di:

- Interessato**
- Genitore/altro familiare/tutore**
- Erede o delegato**

CHIEDE

per la Sig.ra _____ C.F. _____
nato/a a _____ prov. (____), il ____/____/____
residente in _____ Via _____ n. _____

IL RILASCIO DEL MODELLO S2 PER IL PARTO

da effettuarsi presso la struttura sanitaria denominata:

[indicare nome completo della struttura/stato/città]

MOTIVAZIONE:

[indicare in modo chiaro il motivo per cui intende partorire in altro Stato]

A tale scopo si allega:

- Copia tessera sanitaria (TEAM)
- Documentazione sanitaria ed eventuale dichiarazione del medico specialista

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

(firma estesa e leggibile)