



**ALLEGATO**

**DICHIARAZIONE**

**Numero personale:**.....

**Cognome e nome:** .....

Per poter completare la documentazione necessaria ai fini del rilascio di un'autorizzazione preventiva, La preghiamo di comunicarci se beneficia di un intervento finanziario complementare da parte di un regime assicurativo legale e/o obbligatorio oppure privato. In tal caso, La invitiamo ad indicare in appresso l'importo percepito e a rispedire la presente, debitamente compilata, al Suo Ufficio di liquidazione.

**La informiamo che in caso di mancato ricevimento del presente modulo debitamente compilato e firmato, non sarà dato seguito alla Sua domanda di autorizzazione preventiva, che Le verrà rispedita.**

**BENEFICIARIO - Cognome e nome:** .....

- Assistenza domiciliare
- Casa di riposo o di cura
- Altro: .....
- organismo: .....
- importo percepito ..... Paese ..... Valuta .....

**Data:** ..... **Firma:** .....

Per qualsiasi informazione supplementare:

Personale della Commissione, Agenzie esecutive:  
[http://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/sources/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx)  
Delegazioni, Ufficio delle pubblicazioni, personale in pensione, distaccato o in aspettativa:  
[https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)  
Altre istituzioni dell'UE e altre agenzie:  
[http://myintracomm.ec.testa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)