

**All'Ambasciata d'Italia in Messico
Cancelleria Consolare
Ufficio Assistenza Sociale
México, D.F.**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ () il ____/____/_____, residente a _____
calle _____ nr. _____ (CP _____), regolarmente
iscritto/a all'AIRE, consapevole della responsabilità penale nel caso di dichiarazioni non veritiere
richiamata dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, **CHIEDE** di essere inserito/a nell'elenco degli aderenti
alla polizza assicurativa sanitaria prevista da codesta Ambasciata in favore degli italiani residenti in
Messico in stato di indigenza.

A tal fine dichiara:

1. di non avere parenti a carico / di avere nr. _____ parenti a carico (*cancellare 1 delle 2 voci*);
2. di avere un reddito mensile di _____ (*in lettere*) pesos messicani;
3. di non avere la casa o altri beni immobili di proprietà;
4. di non essere iscritto al servizio di sicurezza sociale messicano (IMSS) o godere di altri sistemi di copertura delle spese mediche;
5. di non essere a carico di altra persona;
6. di essere affetto dalle seguenti patologie: _____

_____ .
Dichiaro, infine, di acconsentire al trattamento dei miei dati personali, ai sensi della legge sulla privacy, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento ed alla comunicazione degli stessi a terzi a fini assicurativi.

Luogo e data _____ / ____ / _____

In fede, _____
(*firma leggibile*)