

**DICHIARAZIONE FORMALE
DI IMPEGNO A SOTTOSCRIVERE
POLIZZA ASSICURATIVA SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente in _____ via/corso/piazza _____
cittadino/a _____ titolare di passaporto _____
rilasciato il _____ da _____ con scadenza il _____
in possesso di carta di soggiorno/permesso di soggiorno n° _____ rilasciata/o da
Questura di _____ il _____ con scadenza il _____
_____ per motivo di _____

DICHIARA

ai sensi dell'art.29, comma 1, lett.b-bis, introdotto dal d.lgs.n.160 del 3/10/2008, circolare del Ministero dell'Interno prot.000737 del 17/02/2009,

di impegnarsi a sottoscrivere polizza sanitaria, a copertura dei rischi di malattia e infortunio, a motivo della richiesta di ricongiungimento familiare a favore del o dei genitori sottoindicati:

cognome e nome	luogo e data di nascita

e a stipularla entro e non oltre otto (8) giorni dall'ingresso del/dei congiunto/i suddetto/i in Italia.

Copia di detta polizza sanitaria verrà consegnata dal/la sottoscritto/a all'addetto allo Sportello Unico per l'Immigrazione all'atto della presentazione del genitore per la richiesta del permesso di soggiorno.

Pordenone, _____

Firma del dichiarante
