

**CERTIFICATO PER LE PERSONE ASSICURATE PRESSO  
L'ASSICURAZIONE MALATTIA SVIZZERA\***

*Valido nel Regno Unito / Valid in the UK*

*Stato membro che rilascia il certificato*

1.

2. CH

*Informazioni relative al titolare della tessera*

3. Cognome: .....
4. Nome/i: .....
5. Data di nascita: .....
6. Numero di identificazione personale: .....

*Informazioni relative all'istituzione competente*

7. Numero di identificazione dell'istituzione: .....

*Informazione relative alla tessera*

8. Numero di identificazione della tessera: .....
9. Data di scadenza: .....

*Periodo di validità del certificato*

- a) da: .....
- b) a: .....

*Data di rilascio del certificato*

- c) .....

*Firma e timbro dell'istituzione*

d)

\* Per le persone che sono soggette al ambito di applicazione dell'Accordo sui diritti acquisiti dei cittadini (FF 2020 969)