

DICHIARAZIONE D'IMPEGNO PER L'ASSICURAZIONE SANITARIA

per richiedenti visto per motivi di studio della durata superiore a 90 gg.

AFFIDAVIT OF HEALTH INSURANCE

Only for visa applicants for study lasting more than 91 days

(90일 초과 장기 유학 비자 신청인을 위한 **건강보험 가입 책임진술서**)

Io sottoscritto/a **I the undersigned** (진술자 성명) _____

nato/a a **born in** (출생도시) _____ il **on** (생년월일; 일/월/년) _____ / _____ / _____

residente a **residing in** (현주소) _____

titolare del passaporto n. **bearer of the passport No.** (여권번호) _____

rilasciato da **issued by** (여권발급기관) _____

in data **on** (여권발급일) _____ / _____ / _____

valido fino al **valid until** (여권기간 만료일) _____ / _____ / _____
(일) (월) (년)

recandomi in Italia per motivi di studio, **going to Italy for the purpose of study,**

MI IMPEGNO, I UNDERTAKE

entro 8 giorni in conformità alla legislazione italiana in materia degli stranieri residenti in Italia, prima di presentarmi presso la Questura italiana, a sottoscrivere una polizza assicurativa con l'Istituto Nazionale Assicurazioni - I.N.A. (il cui ammontare è stato fissato dall'Istituto in Euro 49 per periodi pari o inferiori a sei mesi e in Euro 98 per un anno da versarsi sul conto corrente postale n. 71270003 a favore dell'Agenzia Generale di Roma INA-ASSITALIA, Via del Tritone n. 181 - Roma, Tel. 06-699911, Fax 06-69991398).

that within 8 days of my arrival in Italy, in accordance with the Italian legislation on foreigners residing in Italy, prior to reporting to the Italian Police for the issuance of my Permesso di Soggiorno (residence permit), I will have purchased an insurance policy with National Insurance Institute - INA (the amount of which was fixed by the Institute in Euro 49,00 for periods equal to or less than six months and Euro 98.00 for a year to be paid on postal account no. 71270003 for General Agency of Rome INA - ASSITALIA, Via del Tritone n. 181 - Rome, Tel 06-699911, Fax 06-69991398).

서명인 본인은 이탈리아에 유학함에 있어서 8일 이내에 외국인 체류 관련 이탈리아 법에 따라 이탈리아 경찰서에 출두하기 전에 국립보험공사(I.N.A.)의 보험에 책임지고 가입할 것입니다. (INA-ASSITALIA의 로마 총대리점 명의의 우편예금계좌에 불입할 보험액은 6개월 이하 기간의 경우 49 유로이며 1년 기간의 경우 98 유로임 - 계좌번호는 71270003, 주소는 Via del Tritone n. 181 Roma, Tel. 06-699911, Fax 06-69991398).

Seoul, (날짜) _____ / _____ / _____
(일) (월) (년)

IL DICHIARANTE
(진술인 여권서명)