

## AFFIDAVIT OF HEALTH INSURANCE COVERAGE

I, \_\_\_\_\_ born in \_\_\_\_\_  
Il/La sottoscritto/a nato/a a \_\_\_\_\_  
on \_\_\_\_\_ residing at (permanent address) \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

---

### DECLARE DICHIARA

That, within eight (8) days of my arrival in Italy, I will purchase a health insurance policy issued by an Italian health insurance carrier.

That proper receipt of payment of such health insurance policy has to be exhibited to the Questura (Police Dept.) of the city of destination to obtain the "Permesso di Soggiorno" (Permit of Stay) for the purpose of studying.

Che, entro otto (8) giorni dal mio ingresso in Italia, acquistero' una polizza assicurativa da una societa' di assicurazioni italiane.

Che la ricevuta di pagamento di detta polizza assicurativa dovra' essere presentata alla Questura della citta' di destinazione, per ottenere il Permesso di Soggiorno per motivo di studio.

\_\_\_\_\_  
Date (Data)

\_\_\_\_\_  
Signature (Firma)