

RICHIESTA RILASCIO MODELLO S1

(Da utilizzare da parte dei lavoratori del settore privato o pubblico, lavoratori frontalieri, studenti, familiari di disoccupati)

Spettabile
ULSS n. _____

Via _____

Il/La sottoscritt..... codicefiscale

nato/a il..... a..... (prov.....)

Stato..... cittadinanza.....

residente in..... (prov.....)

Stato.....

indirizzo..... cap.....

CHIEDE

per se e per i seguenti familiari

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di Parentela	Codice Fiscale

Rilascio del formulario UE S1 Rinnovo del formulario UE S1

per beneficiare, nel Paese di nuova residenza/domicilio
..... dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello
Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei
Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009,

a decorrere dal.....

e fino al.....
in qualità di:

- lavoratore distaccato/lavoratore frontaliero;
- studente;
- familiare di disoccupato

Il sottoscritto consapevole:

- a) delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 ottobre 2000 n. 445, in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci;
- b) di decadere dai benefici conseguiti, a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni;

c) dichiara, sotto la propria responsabilità ed ai sensi del DPR 445/2000, che:

- non ha diritto all'assistenza sanitaria a carico di altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera;
- il/i familiare/i sopraelencato/i non ha/non hanno diritto all'assistenza sanitaria a carico di altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera;
- il/i familiare/i svolge/svolgono attività lavorativa non svolge/non svolgono attività lavorativa.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione del proprio status e quello dei propri familiari (es. svolgimento attività lavorativa del familiare, trasferimento della residenza in altro Stato U.E. o rientro in Italia sia del capofamiglia che del familiare; cessazione assicurazione in Italia del capofamiglia e dei familiari ecc.) che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato Italiano.

Luogo e data _____

Firma _____

- indirizzi del capofamiglia (telefono, cellulare, fax, posta elettronica)
- allegati:

Avvertenze

- L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.
- La presente domanda, qualora non venga presentata direttamente, potrà essere inviata, per posta o per fax, a condizione che venga allegata la fotocopia di un documento d'identità.
- Il formulario S1 può essere consegnato anche direttamente all'interessato, al familiare del lavoratore oppure ad una persona delegata.

- L'attestazione del diritto alle prestazioni sanitarie (e la decorrenza del relativo onere) compete esclusivamente alla ASL di ultima residenza.

Informativa sul trattamento dei dati personali
(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196)

- L'Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento, la informa che i suoi dati personali, raccolti con la compilazione del presente modulo, saranno trattati come stabilito dal decreto legislativo n. 196/03, nonché da leggi e regolamenti, al fine di svolgere le proprie funzioni istituzionali in materia previdenziale, assistenziale e sanitaria.
- La informa, inoltre, che è in sua facoltà esercitare il diritto di accesso ai suoi dati previsto dall'art. 7 del citato decreto.