

Spett. _____

Oggetto: Regolamenti comunitari di sicurezza sociale: domanda di rilascio del formulario UE S1 per usufruire dell'assistenza sanitaria nel Paese di residenza.

Il/La sottoscritt codice fiscale
 nato/a il.....a.....(prov.....) Stato.....cittadinanza.....
 residente in.....(prov.....) Stato.....
 indirizzo.....cap.....

alle dipendenze della Dittacon Sede avia.....dal.....con contratto a tempo.....

titolare della Ditta..... con Sede avia.....dal..... partita I.V.A. n°.....Iscrizione all'Albo.....

avendo il proprio familiare trasferito la propria residenza all'estero in altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera e precisamente in , dalla seguente data

indirizzo ultima residenza in Italia del familiare

CHIEDE

il rilascio del formulario UE S1 per beneficiare, nel Paese di nuova residenza, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti U.E. 883/2004 e 987/2009,

per i seguenti familiari a carico residenti nello Stato....., indirizzo nello Stato Estero.....a decorrere dal

Nuova emissione Rinnovo

	Cognome	Nome	Data di nascita	Relazione di parentela	Codice fiscale
1					
2					
3					
4					

Il sottoscritto (capofamiglia) prende atto che l'attestato S1 per ogni familiare viene rilasciato **con validità annuale, rinnovabile**.

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.

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

il 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/I Familiare/i sopraelencato/i, ai sensi dell'art. 6 della legge 27 ottobre 1988, n. 470, ha/hanno presentato in datadichiarazione di trasferimento di residenza all'Ufficio Consolare di..... (città estera).

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione del proprio status e quello dei propri familiari (svolgimento attività lavorativa del familiare, trasferimento della residenza in altro Stato UE del familiare o rientro dello stesso in Italia, cessazione assicurazione in Italia del capofamiglia 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):.....
.....
- indirizzo del familiare (nello Stato Estero):.....
.....
- eventuali altri 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.

