

**DOMANDA di rilascio del modello S1 (assistenza sanitaria)
Regolamenti comunitari di sicurezza sociale**

Il/La sottoscritt..... nato a il
codice fiscale ultima residenza in Italia

DICHIARA DI ESSERE IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

Titolare/richiedente di pensione italiana contributiva.

Familiare del pensionato/richiedente, titolare di pensione italiana contributiva
(nome e cognome del pensionato)
erogata dall'Istituto o Ente con sede in
numero categoria

avendo lavorato in Italia dal al (compilare solo se titolari anche di pensione estera)

Titolare di pensione estera contributiva

Familiare del pensionato, titolare di pensione estera contributiva
(nome e cognome del pensionato)
erogata dall'Istituto o Ente con sede in
numero categoria

Se la residenza è in un Paese diverso da quello che rilascia la pensione, deve essere allegato un documento dal quale risulti la durata del periodo contributivo estero.

Lavoratore in distacco.

Familiare a carico del lavoratore,
(nome, cognome e data di nascita del lavoratore)
con sede di lavoro in Italia a

Familiare a carico del lavoratore
(nome, cognome e data di nascita del lavoratore)
con sede di lavoro all'estero e titolare di modello S1 rilasciato dall'AUSL di

Studente, non avente attività lavorativa nel Paese di residenza per l'intero periodo di studio.

- avendo trasferito* la propria residenza all'estero in altro Stato dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, Svizzera in via n. città
Stato dalla seguente data
- avendo presentato* dichiarazione di trasferimento di residenza in via
città Stato all'Ufficio Consolare di
..... (città estera) in data

CHIEDE

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

per sè, a decorrere dal

- per i seguenti familiari a carico, che risiedono nello stesso Stato del pensionato a decorrere dal..... oppure
- per i seguenti familiari residenti in altro Stato a decorrere dal
- nuova emissione rinnovo

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

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 ad ai sensi del DPR 445/2000, di:

- non avere diritto in altro Stato alle prestazioni sanitarie.
- per il futuro si impegna a comunicare all'USL di Parma (1) ogni eventuale successiva variazione (svolgimento attività lavorativa, revoca pensione italiana, conseguimento pensione a carico anche di un altro Stato U.E., S.E.E. o Svizzera, trasferimento della residenza in Italia o in altro Stato U.E., ecc.) del proprio status che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie derivanti dal rilascio del presente modello (2).
- dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

Indirizzi (telefono, fax, posta elettronica) del pensionato/lavoratore/studente:

.....

del familiare (quando non risiede nello stesso luogo):

.....

Avvertenze

L'amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.

La presente domanda e l'autocertificazione, qualora non vengano presentate direttamente, potranno essere inviate per il tramite di una persona delegata, a condizione che venga allegata la fotocopia di un documento d'identità.

Il formulario SI può essere consegnato all'interessato, al familiare del pensionato oppure ad una persona delegata.

L'attestazione del diritto alle prestazioni sanitarie (e la decorrenza del relativo onere) compete esclusivamente alla ASI, di ultima residenza o al Ministero della Salute per i residenti all'estero prima del 1980.

Note

(1) USL di Parma - Strada del Quartiere 2/a - 43125 Parma, tel. 0521/393111, o solo per i residenti all'estero prima del 1980 al Ministero della Salute - DGRUERI Ufficio VI presso MAE - P.le della Farnesina, 1 00135 - Roma

(2) in ottemperanza all'art. 3 - paragrafo 2 - del Reg. CEE n. 987/2009.