

**DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO U.E. S1 PER
LAVORATORI/STUDENTI
(Regolamenti Comunitari di Sicurezza Sociale)**

All'A.S.L.

Via _____
12___ CITTA' _____

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____
telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA

Di essere:

lavoratore subordinato:

denominazione o ragione sociale della Società da cui dipende _____

indirizzo _____

denominazione o ragione sociale della filiale estera o della consociata della predetta Società _____

lavoratore autonomo _____

lavoratore frontaliere _____

studente:

corso di studio frequentato nel paese estero di soggiorno _____

Istituto o Università presso cui si frequenta il corso _____

attualmente residente:

in Italia

all'estero (indirizzo completo) _____

_____ dalla seguente data _____

iscritto (attualmente o da ultimo) all'ASL _____

con il numero di codice regionale _____

codice fiscale _____

indirizzo ultima residenza in Italia _____

non è residente in Italia dal _____

CHIEDE

il rilascio del formulario U.E., SEE e SVIZZERA S1 per beneficiare, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale.

- per sé
- per i seguenti familiari a carico

Cognome e Nome	Data di Nascita	Relaz. parentela	Cod. Reg. di Iscrizione	Codice fiscale	Inizio

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76 comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

DICHIARA

di aver presentato in data _____ dichiarazione di trasferimento di residenza (per studente) a _____ (città estera).

Allega:

- autocertificazione (MOD_{DAD}410) ai sensi di legge che costituisce presupposto essenziale per la presa in esame della presente.
 - dichiarazione del datore di lavoro.
 - mod. A1 dell'INPS.
 - documentazione comprovante l'iscrizione ad un corso di studio legalmente riconosciuto (per lo studente)
- Per il futuro si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione del proprio status che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato Italiano.

Comunica:

- l'indirizzo (telefono, fax, posta elettronica) del lavoratore: _____
- l'indirizzo del familiare (quando non risiede nello stesso luogo): _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Data, _____

Firma _____