

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

All'A.S.L. _____

Via _____
12__ CITTA' _____
(ASL di ultima residenza)

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:

- titolare di pensione italiana che ha svolto attività lavorativa in Italia dal _____ al _____
- familiare del pensionato (generalità del pensionato) _____
- superstite del pensionato (generalità del pensionato) _____
- di aver svolto attività lavorativa in _____ (stato estero) dal _____ al _____
- avendo trasferito intendendo trasferire
la propria residenza all'estero in altro Stato dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo e precisamente in _____ dalla seguente data _____

CHIEDE

il rilascio del formulario U.E., SEE e SVIZZERA 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.

- per sé, con inizio dell'apertura del diritto dal _____
- per i seguenti familiari a carico che hanno trasferito/che intendono trasferire la residenza nello stesso Stato con inizio dal _____

a rinnovo
 stesso Stato nuovo Stato _____ con inizio dal _____

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

per i quali il sottoscritto pensionato familiare

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

che:

- ha diritto / non ha diritto a titolo diretto alle prestazioni sanitarie
- beneficia / non beneficia di pensione a carico dello Stato di nuova residenza o di altro Stato dell'U.E., SEE e SVIZZERA
- svolge / non svolge lavoro attivo

Il sottoscritto pensionato familiare del pensionato prende atto che l'attestato E121 per ogni familiare viene rilasciato da codesta ASL per la durata massima di un anno, previa domanda diretta o d'ufficio, con riserva di conferma successiva da parte dell'istituzione estera di malattia in quanto, per l'accertamento definitivo del carico familiare, valgono le norme in vigore nello Stato di residenza (art. 1, lett. F del Regolamento CEE n. 1408/71).

Il sottoscritto pensionato familiare del pensionato beneficia anche di altra pensione a carico di altro stato UE che non apre il diritto all'assistenza sanitaria.

Si allega fotocopia del cedolino della pensione erogata da _____

Il sottoscritto pensionato familiare del pensionato, ai sensi di legge,

DICHIARA

di aver presentato in data _____ dichiarazione di trasferimento di residenza all'Ufficio Consolare di _____ (città estera).

Allega autocertificazione ai sensi di legge che costituisce presupposto essenziale per la presa in esame della presente.

Per il futuro si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione (svolgimento attività lavorativa, revoca pensione italiana, conseguimento pensione a carico di un altro Stato dell'Unione Europea, trasferimento della residenza in Italia o in altro Stato UE, ecc.) 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 pensionato: _____

del familiare (quando non risiede nello stesso luogo): _____

altri allegati alla presente _____

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 _____