

AUTOCERTIFICAZIONE PENSIONATO

ai sensi del D.P.R. 445/2000 per Modello S1

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 erogata dall'istituto Previdenziale italiano (sigla) _____
sede di _____ numero e categoria _____ decorrenza _____
- familiare a carico del pensionato _____ (generalità del pensionato)
- superstite del pensionato _____ (generalità del pensionato)
- superstite del pensionato in attesa di pensione reversibilità _____
(generalità del pensionato)
- attualmente residente in Italia all'estero (indirizzo completo) _____
_____ dalla seguente data _____
- iscritto all'Unità Sanitaria Locale _____
- cod. fiscale pensionato _____ cod. fiscale familiare _____
- indirizzo ultima residenza in Italia del pensionato _____
- indirizzo ultima residenza in Italia del familiare _____
- non è residente in Italia dal _____
- nel (nuovo) Stato di residenza:
 - non svolge lavoro attivo non svolgerà lavoro attivo;
 - non beneficia di altre pensioni non ha diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie;
 - beneficia anche di altra pensione a carico di altro Stato che non apre il diritto all'assistenza sanitaria
(riportare tutti gli estremi della pensione estera ed allegare una fotocopia del cedolino alla domanda

Si impegna a comunicare ogni eventuale 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.

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 _____

Il dichiarante _____