

AUTOCERTIFICAZIONE LAVORATORE/STUDENTE

ai sensi del D.P.R. 445/2000

(da allegare alla domanda per il rilascio del formulario 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:

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 _____

➤ Nel (nuovo) Stato di residenza:

non ha diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie

non svolge lavoro attivo non svolgerà lavoro attivo (solo per studente)

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 _____