

AUTOCERTIFICAZIONE LAVORATORE

(da allegare al MOD_{DAD}414 "Dichiarazione per rilascio formulario per paesi con accordo bilaterale - familiari a carico)

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 frontaliero _____

residente a _____ Via _____ n. _____

iscritto all'ASL _____

con il numero di codice regionale _____

codice fiscale _____

➤ che il familiare (COGNOME) _____ (NOME) _____

nato a _____ il _____ residente all'Estero:

STATO: _____ CITTA' _____

via _____ C.F. _____

non ha diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie

non svolge lavoro attivo

non svolgerà lavoro attivo

è familiare a carico

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1,, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ Firma (per esteso) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

MOD_{DAD}415/REV n°00 del 02/2019

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve per presentare la domanda del Formulario richiesto per Paesi con cui vigono Accordi Bilaterali

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di domanda deve essere compilato dall'interessato

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

La domanda di rilascio del formulario per il familiare del lavoratore deve essere presentata esclusivamente e direttamente alla ASL di residenza.

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) *firmato e spedito per posta, telefax, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore*
- c) *firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it*

(*nel caso in cui l'utente scelta la modalità di consegna di cui al punto a) l'operatore di Sportello procederà alla rilevazione del n. di carta d'identità compilando la parte: "Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data Il dipendente addetto").

Avvertenze

- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. il presente modello deve essere presentato con il MOD_{DAD}414
2. dichiarazione del datore di lavoro
3. altra eventuale documentazione ritenuta attinente

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'Ufficio Distrettuale territorialmente competente dà luogo agli adempimenti successivi conseguenti alla presentazione della domanda di rilascio dell'attestato.

TEMPO DI RISPOSTA:

6 gg. dalla conclusione dell'iter di accertamento del diritto -

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-alleestero/
------------------	---