

AUTOCERTIFICAZIONE LAVORATORE/FAMILIARE A CARICO O STUDENTE
ai sensi del D.P.R. 445/2000

(da allegare alla domanda per il rilascio dell'attestato di diritto U.E. S1 o similare per Paesi in convenzione bilaterale)

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

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:**

studente:

- corso di studio frequentato nel Paese estero _____
- Istituto o Università di iscrizione _____
indirizzo _____
- attualmente residente (indirizzo completo) _____

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 _____
indirizzo _____

lavoratore autonomo (categoria di appartenenza) _____

lavoratore frontaliero (che rientra quotidianamente/settimanalmente nel Paese di residenza)

familiare a carico del lavoratore subordinato o autonomo o frontaliero:

(cognome e nome del lavoratore) _____
codice fiscale _____ indirizzo residenza _____

attualmente:

- residente (indirizzo completo) _____

- domiciliato (indirizzo completo) _____

➤ **Dichiara:**

per sé

per familiare minore a carico:

(cognome e nome) _____
nato a _____ il _____
codice fiscale (se previsto) _____
indirizzo residenza _____

che nello Stato estero di residenza/domicilio _____:

- non ha diritto alle prestazioni sanitarie con oneri a carico del Paese estero
- non svolge lavoro attivo con contratto di diritto estero
- non svolgerà lavoro attivo con contratto di diritto estero del Paese di residenza
- non beneficia di pensione a carico di altro Stato che apre il diritto all'assistenza sanitaria

➤ **Dichiara:**

- indirizzo ultima residenza in Italia _____
- di aver presentato in data _____ dichiarazione di trasferimento di residenza all'estero presso il Comune o l'Ufficio diplomatico-consolare (territorialmente competente) di _____
- di essere iscritto all'Anagrafe Italiani Residenti all'Estero (AIRE) dal _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

'Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al 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 (art. 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

Il/la sottoscritto/a _____ titolare di modello _____ emesso da _____ si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL CN1 ogni eventuale variazione del proprio status e/o quella del/i suo/i familiare/i (svolgimento attività lavorativa, concessione/revoca pensione italiana, conseguimento pensione a carico di un altro Stato dell'Unione Europea o Paese in convenzione bilaterale, conseguimento pensione italiana da parte del familiare, o trasferimento della residenza in altro Comune italiano o in altro Stato estero, ...) che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato Italiano e/o Estero.

Data _____ Il dichiarante _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo di Autocertificazione viene utilizzato dai cittadini, nella facoltà riconosciuta dalla normativa vigente di presentare, in sostituzione delle tradizionali certificazioni richieste, propri stati e requisiti personali, mediante apposite dichiarazioni sottoscritte (firmate) dall'interessato. La firma non deve essere più autenticata. L'autocertificazione sostituisce i certificati senza che ci sia necessità di presentare successivamente il certificato vero e proprio. La pubblica amministrazione ha l'obbligo di accettarle, riservandosi la possibilità di controllo e verifica in caso di sussistenza di ragionevoli dubbi sulla veridicità del loro contenuto. Nel particolare il Modulo di Autocertificazione MOD_{DAD}410 deve essere allegato alla domanda di rilascio dell'attestato di diritto U.E. S1 o similare per Paesi in convenzione bilaterale (MOD_{DAD}413).

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione deve essere resa dall'interessato (o, in caso di minore, da chi esercita la patria potestà). Lo studente deve essere iscritto all'AIRE ai sensi della normativa vigente.

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

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, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslc1.legalmailPA.it

Avvertenze

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

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'ufficio distrettuale territorialmente competente ritira l'Autocertificazione e dà luogo agli adempimenti successivi conseguenti alla presa d'atto del motivo di presentazione dell'autocertifica stessa.

TEMPO DI RISPOSTA:

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

RIFERIMENTI /LINK

Distretti	https://www.aslc1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero
------------------	---