

## AUTOCERTIFICAZIONE PENSIONATO

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

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:**

- titolare di pensione italiana a carattere contributivo erogata dall'istituto Previdenziale italiano (sigla) \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ numero e categoria \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_
- familiare a carico del pensionato (cognome e nome) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_
- titolare di pensione reversibilità italiana in qualità del superstite del pensionato (cognome e nome) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ erogata dall'istituto Previdenziale italiano (sigla) \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ numero e categoria \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_
- in attesa di pensione reversibilità del pensionato (cognome e nome) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

➤ **Dichiara che nello Stato estero \_\_\_\_\_ di residenza:**

- non ha diritto alle prestazioni sanitarie con oneri a carico del Paese di residenza**
- non svolge lavoro attivo** con contratto di diritto estero
- non svolgerà lavoro attivo** con contratto di diritto estero
- non beneficia di pensione a carico di altro Stato** che apre il diritto all'assistenza sanitaria
- beneficia di pensione a carico di altro Stato che apre** il diritto all'assistenza sanitaria (riportare tutti gli estremi della pensione estera ed allegare una fotocopia del cedolino alla domanda)

- beneficia di 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)

- 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 (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](mailto: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<sub>DAD</sub>411 deve essere allegato alla domanda per il rilascio dell'attestato di diritto U.E. S1 o similare per Paesi in convenzione bilaterale (MOD<sub>DAD</sub>413) o deve essere utilizzato dal pensionato, titolare di attestato di diritto U.E. S1 o similare per Paesi in convenzione bilaterale, iscritto al Servizio Sanitario Italiano.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

La dichiarazione deve essere compilata in ogni sua parte dal titolare di pensione e/o familiare a carico del pensionato.

### **MODALITÀ 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@aslcn1.legalmailPA.it](mailto: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](mailto:protocollo@aslcn1.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 per il rilascio dell'attestato di diritto U.E. S1 o similare per Paesi in convenzione bilaterale.

Non è prevista risposta nel caso di autocertificazione presentata da cittadini iscritti al SSN e titolari di attestato di diritto estero.

### **RIFERIMENTI /LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero">https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero</a>
------------------	---