

**DICHIARAZIONE DATORE DI LAVORO PER ISCRIZIONE AL S.S.N.
CITTADINI STRANIERI**
o da allegare alla
**DOMANDA PER IL RILASCIO ATTESTATO DI DIRITTO U.E. S1 O SIMILARE
PER PAESI IN CONVENZIONE BILATERALE**

A richiesta dell'interessato,

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,

SI DICHIARA

che il/la sig./a _____

nato/a a _____ il _____

attualmente domiciliato/residente a _____ CAP _____

via _____ N. _____

è alle dipendenze di questa Ditta _____ con sede a _____

con contratto di lavoro a:

TEMPO DETERMINATO dal _____ al _____

TEMPO INDETERMINATO dal _____ con qualifica di _____

SI DICHIARA

che vengono effettuati i versamenti dei contributi sociali di malattia presso la sede INPS di _____

➤ Elenco dei familiari a carico del dipendente ai sensi della normativa vigente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Parentela	Codice fiscale

(dichiarazione da usare anche per i cittadini italiani che hanno a carico un cittadino straniero)

La presente dichiarazione si rilascia in carta libera per gli usi consentiti dalla legge.

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 del titolare della ditta o chi per esso (leggibile) e Timbro _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve per l'iscrizione al S.S.N. di cittadini stranieri o per il rilascio dell'attestato modello S1 o similari per autotrasportatori; transfrontalieri e assimilati; familiari residenti all'estero di lavoratori. Nel particolare il Modulo di Autocertificazione MOD_{DAD}409 deve essere allegato alla domanda di rilascio dell'attestato di diritto U.E. S1 o similari per Paesi in convenzione bilaterale (MOD_{DAD}413).

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa a cura della Ditta o del datore di lavoro.

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@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

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, verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente, provvede agli adempimenti successivi.

TEMPO DI RISPOSTA:

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

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/servizi-territoriali-distrettuali/assistenza-sanitaria-e-cure-allestero
------------------	---