

**DOMANDA DI RILASCIO 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 frontaliere (che rientra quotidianamente/settimanalmente nel Paese di residenza)

attualmente:

- residente (indirizzo completo) _____
- domiciliato (indirizzo completo) _____

titolare di pensione/i italiana/e a carattere contributivo

familiare a carico del pensionato (cognome e nome) _____

superstite del pensionato (cognome e nome) _____

di aver svolto attività lavorativa:

- in **Italia** dal _____ al _____
- nello **Stato estero** _____ dal _____ al _____

CHIEDE

il rilascio/rinnovo del formulario U.E. S1, o similare per Paesi in convenzione bilaterale, per beneficiare dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme vigenti di sicurezza sociale, con decorrenza dal _____

nel nuovo Stato _____ nello stesso Stato _____

per sé

per i seguenti familiari a proprio carico, residenti in (Stato) _____
(indirizzo completo) _____:

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela

Allega i seguenti documenti:

- autocertificazione ai sensi di legge che costituisce presupposto essenziale per la presa in esame della presente.
- documentazione comprovante l'iscrizione ad un corso di studio legalmente riconosciuto
- dichiarazione del datore di lavoro.
- modello A1 rilasciato dall'INPS
- attestato compilato dall'INPS per la parte di competenza
- altra eventuale documentazione ritenuta attinente _____

Comunica:

- codice dell'Istituzione estera (codice EESSI-Rina) _____
- estremi identificativi dell'Istituzione estera (con indirizzo completo) _____
- ulteriore modalità di contatto (telefono, mail): _____

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

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

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il modulo serve per presentare la domanda di rilascio/rinnovo dell'attestato di diritto U.E. S1 o similare per Paesi in convenzione bilaterale.

L'attestazione del diritto alle prestazioni sanitarie (e la decorrenza del relativo onere) compete esclusivamente alla ASL di residenza/ultima residenza in Italia.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il modulo di domanda deve essere compilato 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:

- 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)
- 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
- 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

DOCUMENTI DA ALLEGARE

STUDENTE

- autocertificazione (MOD_{DAD}410_Autocertificazione lavoratore o studente per assistenza estero)
- documentazione comprovante l'iscrizione ad un corso di studio legalmente riconosciuto
- altra eventuale documentazione ritenuta attinente

LAVORATORE o FAMILIARE A CARICO DEL LAVORATORE

- autocertificazione (MOD_{DAD}410_Autocertificazione lavoratore o studente per assistenza estero)
- dichiarazione del datore di lavoro
- modello A1 rilasciato dall'INPS (solo per i lavoratori in distacco lavorativo in ambito SEE)
- attestato di diritto compilato dall'INPS per la parte di competenza (solo per Paesi convenzionati, ove previsto)
- altra eventuale documentazione ritenuta attinente

PENSIONATO o FAMILIARE A CARICO DEL PENSIONATO

- autocertificazione (MOD_{DAD}411_Autocertificazione pensionato assistenza estero)
- attestato di diritto compilato dall'INPS per la parte di competenza (solo per Paesi convenzionati)
- altra eventuale documentazione ritenuta attinente (Certificato di pensione, ecc...)

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'Ufficio Distrettuale territorialmente competente dà luogo agli adempimenti successivi conseguenti alla presentazione della domanda di rilascio/rinnovo dell'attestato di diritto U.E. S1 o similare per Paesi in convenzione bilaterale.

TEMPO DI RISPOSTA

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

RIFERIMENTI / LINK

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