

**DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO U.E. S1  
(Regolamenti Comunitari di Sicurezza Sociale)**

All'A.S.L. CN1

Distretto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

12\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

studente:

corso di studio frequentato nel paese estero di soggiorno \_\_\_\_\_

Istituto o Università presso cui si frequenta il corso \_\_\_\_\_

attualmente residente:

**in Italia**

**all'estero** (indirizzo completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dalla seguente data \_\_\_\_\_

iscritto (attualmente o da ultimo) all'ASL \_\_\_\_\_

con il numero di codice regionale \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

indirizzo ultima residenza in Italia \_\_\_\_\_

non è residente in Italia dal \_\_\_\_\_

## CHIEDE

il rilascio del formulario U.E., SEE e SVIZZERA S1 per beneficiare, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale.

- per sé
- per i seguenti familiari a carico

Cognome e Nome	Data di Nascita	Relaz. parentela	Cod. Reg. di Iscrizione	Codice fiscale	Inizio

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 aver presentato in data \_\_\_\_\_ dichiarazione di trasferimento di residenza (per studente) a \_\_\_\_\_ (città estera).

Allega:

- autocertificazione (MOD<sub>DAD</sub>410) ai sensi di legge che costituisce presupposto essenziale per la presa in esame della presente.
  - dichiarazione del datore di lavoro.
  - mod. A1 dell'INPS.
  - documentazione comprovante l'iscrizione ad un corso di studio legalmente riconosciuto (per lo studente)
- Per il futuro si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione del proprio status che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato Italiano.

Comunica:

- l'Indirizzo (telefono, fax, posta elettronica) del lavoratore: \_\_\_\_\_
- l'indirizzo del familiare (quando non risiede nello stesso luogo): \_\_\_\_\_

### **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](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 .....

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Il modulo serve per presentare la domanda di rilascio del formulario U.E., SEE e Svizzera: S1 (per motivi di lavoro e studio).

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

Il modulo di domanda deve essere compilato dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

La domanda di rilascio del formulario S1 per il lavoratore e/o 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](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)*

(\*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. autocertificazione (MOD<sub>DAD410</sub>)
2. dichiarazione del datore di lavoro
3. mod. A1 dell'INPS
4. documentazione comprovante l'iscrizione ad un corso di studio legalmente riconosciuto (per lo studente)
5. 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 del formulario U.E., SEE e Svizzera: S1.

L'attestazione del diritto alle prestazioni sanitarie (e la decorrenza del relativo onere) compete esclusivamente all'ASL di residenza.

### **TEMPO DI RISPOSTA:**

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

### **RIFERIMENTI / LINK**

<b>Distretti</b>	<a href="http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-alleestero/">http://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/assistenza-alleestero/</a>
------------------	---