



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

**DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO S1 PAESI U.E. -S.E.E. - SVIZZERA  
STUDENTE**

**Il/la sottoscritto/a**

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Indirizzo nel Paese di residenza**

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Codice Postale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

**Recapiti**

Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A favore di:

se stesso

del minore \_\_\_\_\_  
rispetto al quale il richiedente è:

esercente la responsabilità genitoriale

tutore

amministratore di sostegno

altro \_\_\_\_\_

Il rilascio del formulario S1

il rinnovo del formulario S1

nello stesso Stato       nel seguente nuovo Stato (U.E. - S.E.E. - Svizzera) \_\_\_\_\_  
con validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Al fine del rilascio/rinnovo del formulario richiesto, che consente di beneficiare nel Paese di residenza dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti U.E., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere o di falsità negli atti e della decadenza dei benefici eventualmente connessi al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000).

**DICHIARA**

Che l'intestatario del modulo S1

frequenta presso la/il seguente Università/Istituto \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
il seguente corso \_\_\_\_\_

- NON ha diritto ad altro titolo alle prestazioni sanitarie
- NON svolge attività lavorativa
- Indirizzo di ultima residenza in Italia \_\_\_\_\_  
Ultima ASL competente \_\_\_\_\_ Non è residente in Italia dal \_\_\_\_\_
- Presentazione dichiarazione di trasferimento di residenza (ex art. 6 L. 470/1988)  
Città sede dell'ufficio consolare che ha ricevuto la dichiarazione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare per il futuro ogni eventuale successiva variazione dello status di studente (svolgimento attività lavorativa, cessazione o conclusione dell'attività formativa, trasferimento residenza in Italia o in altro Stato) che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato italiano.

**AVVERTENZE**

- 1) L'attestato S1 viene rilasciato al massimo per la durata di un anno rinnovabile

**ALLEGATI**

- 1. Documento di identità del sottoscrittore
- 2. Certificato di iscrizione all'Università/Istituto estero

Modalità per la consegna del modello (barrare la modalità prescelta)

- invio tramite e-mail all'indirizzo \_\_\_\_\_
- invio tramite posta ordinaria all'indirizzo \_\_\_\_\_
- ritiro presso l'Ufficio estero dell'ASL
  - da parte del richiedente il modello
  - da parte del sottoindicato delegato

Sig. .... nato a ..... il ..... C.F. .... (presentarsi con un documento di identità)
--

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

INFORMATIVA ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

I dati personali raccolti verranno trattati per tutta la durata necessaria per la corretta e completa erogazione della prestazione richiesta, ovvero per il complessivo trattamento dei dati necessario all'attività, coerentemente agli adempimenti connessi agli obblighi di legge.