



**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 CERTIFICATO PROVVISORIO TEAM  
TITOLARE DI PENSIONE IN POSSESSO DI FORMULARIO S1**

**Il/la sottoscritto/a**

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

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

Stato di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Indirizzo nel Paese di residenza**

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

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

**Recapiti**

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

**CHIEDE il rilascio di certificato sostitutivo provvisorio della tessera europea assicurazione malattia**

La suddetta richiesta è formulata

per sé stesso

per i seguenti familiari a carico (per l'accertamento del carico familiare valgono le norme in vigore nello Stato di residenza) in possesso di formulario S1

Cognome e nome	Data di nascita	Relazione parentela	Codice fiscale

Data \_\_\_\_\_

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

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)

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.