



**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  
TITOLARE DI PENSIONE**

**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 del formulario S1 per beneficiare, nel nuovo 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.

avendo trasferito la propria residenza nel nuovo Stato (U.E. - S.E.E. - Svizzera) e precisamente in:  
\_\_\_\_\_ dalla seguente data \_\_\_\_\_

per sé stesso, con inizio dal \_\_\_\_\_

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

Cognome e nome	Data di nascita	Relazione parentela	Codice fiscale

che hanno trasferito la propria residenza

nel medesimo Stato del pensionato

in altro Stato \_\_\_\_\_

(specificare Stato U.E. - S.E.E. - Svizzera)

con inizio dal \_\_\_\_\_

Al fine del rilascio del formulario richiesto, 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

- di essere titolare di pensione italiana
- di essere familiare a carico del Sig. \_\_\_\_\_ titolare di pensione italiana
- di essere superstite del Sig. \_\_\_\_\_
  - con pensione di reversibilità
  - in attesa di pensione di reversibilità
- che la suddetta pensione italiana è erogata da \_\_\_\_\_ (Istituto o Ente)  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
numero e categoria pensione \_\_\_\_\_  
avendo il titolare svolto attività lavorativa in Italia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- che il titolare di pensione italiana ha svolto attività lavorativa nel seguente Stato estero \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- che i familiari a carico sono residenti al seguente indirizzo (compilare solo se diverso da quello del pensionato)  
Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Codice postale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_

#### **Che il sottoscritto e gli eventuali familiari per i quali si chiede l'apertura del diritto nel nuovo Stato di residenza:**

- NON svolgono lavoro attivo
- NON hanno diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie
- NON beneficiano di altre pensioni
- BENEFICIANO della seguente altra pensione a carico di altro Stato che NON apre il diritto all'assistenza sanitaria:  
titolare Sig. \_\_\_\_\_  
erogata da \_\_\_\_\_ (Istituto o Ente)  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_ numero e categoria pensione \_\_\_\_\_  
Allega copia dell'ultimo cedolino della suddetta pensione estera.

Il sottoscritto si impegna a comunicare per il futuro ogni eventuale successiva variazione del proprio status (svolgimento attività lavorativa, revoca pensione italiana, conseguimento pensione a carico di altro Stato, 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 per ogni familiare viene rilasciato:

- se il familiare risiede nello stesso Paese del pensionato: a tempo indeterminato
- se risiede in un Paese diverso da quello di residenza del pensionato: per la durata di 1 anno rinnovabile.

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.