



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
LAVORATORE SUBORDINATO DISTACCATO - LAVORATORE AUTONOMO**

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 _____

Indirizzo nel Paese di domicilio

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.
- Il rinnovo del formulario S1
- nello stesso Stato
- nel seguente nuovo Stato _____
con validità dal _____ al _____

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)

Cognome e nome	Data di nascita	Relazione parentela	Codice fiscale

- che hanno trasferito la propria residenza

- nel medesimo Stato del lavoratore
- in altro Stato _____
(specificare Stato U.E. - S.E.E. - Svizzera)

- che hanno trasferito il proprio domicilio nel medesimo Stato del lavoratore

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 lavoratore autonomo e che nello Stato estero di residenza/domicilio svolge la seguente attività:

- di essere lavoratore subordinato della ditta (ragione sociale) _____

SEDE LEGALE

Città _____ prov. _____ Codice Postale _____

Indirizzo _____ Stato _____

SEDE OPERATIVA ESTERA PRESSO CUI IL LAVORATORE E' DISTACCATO

Denominazione _____

Città _____ prov. _____ Codice Postale _____

Indirizzo _____ Stato _____

- che i familiari a carico sono residenti al seguente indirizzo (compilare solo se diverso da quello del lavoratore)

Città _____ prov. _____ Codice postale _____

Indirizzo _____ Stato _____

- Che il sottoscritto NON ha diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie

- Che i familiari per i quali si chiede l'apertura del diritto nel nuovo Stato di residenza/domicilio NON hanno diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie e NON svolgono attività lavorativa

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

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

ALLEGATI

- a) Documento di identità del sottoscrittore

NEL CASO DI LAVORATORE DIPENDENTE

- MODELLO A1 rilasciato dall'Istituto previdenziale competente
- autorizzazione del Paese estero (dal terzo anno in poi del distacco)

NEL CASO DI LAVORATORE AUTONOMO

- MODELLO A1 rilasciato dall'Istituto previdenziale competente
- certificato di iscrizione alla camera di commercio o ad albo o ordine professionale
- attestazione di apertura Partita Iva o apertura posizione INPS

Si ricorda che nel momento del rilascio del modello S1 in automatico verrà revocato il medico di Medicina Generale.

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.

