

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

All'A.S.L.

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 _____

Ufficio Esteri

Tel. 0141 486041 - 486042

Direttore: Dott. Gianfranco Masoero

Responsabile del procedimento:

mail: ufficioesteri@asl.at.it

Via Conte Verde 125 - 14100 ASTI

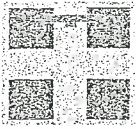
Casella Postale 130

Tel. +39 0141.48.1111

Fax +39 0141. 48.40.95

Pec: protocollo@pec.asl.at.it

P.I / C.F. 0120620057



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 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 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Data, _____

Firma _____

Ufficio Esteri
Tel. 0141 486041 – 486042
Direttore: Dott. Gianfranco Masoero
Responsabile del procedimento:
mail: ufficioesteri@asl.at.it

Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +39 0141.48.1111
Fax +39 0141. 48.40.95
Pec: protocollo@pec.asl.at.it
P.I / C.F. 01120620057