

(Da utilizzare da parte del titolare di pensione o del familiare)

SPETT.LE
AZIENDA ASL RIETI
UFFICIO MOBILITA' INTERNAZIONALE

Oggetto: Regolamenti comunitari di sicurezza sociale: domanda di rilascio del modello comunitario SI per usufruire dell'assistenza sanitaria nel Paese di residenza.

Il/La sottoscritto/a codice fiscale
nato/a ila..... (prov.....)Stato.....cittadinanza.....
residente in....., ..,(prov.....) Stato.....
indirizzo.....cap
e-mail.....telefono.....

- titolare di pensione in regime nazionale (con soli periodi contributivi italiani) erogata dall'Istituto previdenziale italiano (INPS/INPDAP/ /ecc.).....

Sede.....Via.....numero pensione.....

- titolare di pensione in regime internazionale (con periodi contributivi italiani e di altri Stati dell'Unione europea/SEE/Svizzera o convenzionati con l'Italia) erogata:
- dall'Istituto previdenziale italiano (INPS/INPDAP /ecc.).....

Sede.....via.....

numero pensione.....Anzianità contributiva maturata in Italia pari a

- dall'Istituto previdenziale estero..... Stato

estero.. ..Sede.....via... ..

Anzianità contributiva maturata nello Stato estero pari a

indirizzo ultima residenza in Italia del pensionato

ASL di ultima residenza in Italia del pensionato.....

avendo trasferito la propria residenza all'estero in altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera e precisamente in, dalla seguente data

CHIEDE

il rilascio del modello S1 per beneficiare nello Stato di residenza dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti n. 883/2004 e n. 987/2009,

per sé, a decorrere dal.....

per i seguenti **familiari a carico** residenti nello stesso Stato del pensionato, a decorrere dal

oppure per i seguenti familiari residenti in altro Stato.....a decorrere dal

Nuova emissione Rinnovo

	Cognome del familiare	Nome del familiare	Data di nascita	Relazione di parentela	Codice fiscale
1					
2					
3					
4					

Il sottoscritto **pensionato/familiare** del pensionato prende atto che il modello S1 per ogni familiare viene rilasciato a tempo indeterminato se il familiare a carico risiede nello stesso Paese del pensionato, per la durata di un anno, di volta in volta rinnovabile, se risiede in un Paese diverso.

Il sottoscritto **pensionato/familiare** consapevole:

- a) delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 ottobre 2000 n. 445, in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci;
- b) di decadere dai benefici conseguiti, a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni.

dichiara, sotto la propria responsabilità ed ai sensi del DPR 445/2000, che:

non ha diritto all'assistenza sanitaria a carico di altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera:

- perché avente titolo alla sola pensione di diritto italiano
- per i seguenti motivi
- svolge attività lavorativa non svolge attività lavorativa.

Il sottoscritto *pensionato* *familiare*, ai sensi dell'art. 6 della legge 27 ottobre 1988, n. 470, dichiara di aver presentato in data dichiarazione di trasferimento di residenza all'Ufficio Consolare di (città estera).

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione (svolgimento attività lavorativa, revoca pensione italiana, conseguimento pensione a carico anche di un altro Stato U.E./S.E.E./Svizzera, trasferimento della residenza in Italia o in altro Stato U.E., ecc) del proprio *status* che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato italiano.

Luogo e data _____

Firma

- **indirizzi del pensionato** del pensionato (telefono, cellulare, fax, posta elettronica).....,,,
- indirizzi del familiare (quando non risiede nello stesso luogo):..... .
- eventuali altri allegati:.....

Avvertenze

- L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.
- La presente domanda, qualora non venga presentata direttamente potrà essere inviata per posta o per fax, a condizione che venga allegata la fotocopia di un documento d'identità.
- Il formulario E121 o SI può essere consegnato anche direttamente all'interessato, al familiare del pensionato oppure ad una persona delegata
- L'attestazione del diritto alle prestazioni sanitarie (e la decorrenza del relativo onere) compete esclusivamente alla ASL di ultima residenza o al Ministero della Salute, per i residenti all'estero prima del 1980.

Trattamento dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE, si informa che i dati raccolti direttamente dall'interessato o da chi presenta la domanda mediante la compilazione del presente modulo ed i suoi eventuali allegati saranno trattati dalla ASL di Rieti quale titolare del trattamento esclusivamente per l'istruttoria della domanda e la gestione della procedura di rilascio del modello SI per beneficiare nello Stato di domicilio anagrafico dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano. I diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento citato possono essere esercitati dall'interessato rivolgendosi al titolare anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati sempre raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it

Note

- (1) alla ASL di ultima residenza (consultare il sito http://ec.europa.eu/employment_social/cld/displayMain.do) o, solo per i residenti all'estero prima del 1980, al Ministero della Salute: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio VI ex DGRUERI presso il MAE, P.le della Farnesina 1, 00135 ROMA.
- (2) dalla ASL di ultima residenza o dal Ministero della Salute, solo per i residenti all'estero prima del 1980.
- (3) per l'accertamento definitivo del carico familiare valgono le norme in vigore nello Stato di residenza (art. 1, lett. i, Reg. CE n. 883/2004).
- (4) La richiesta di esonero dall'assicurazione contro le malattie nel paese di residenza non dà diritto all'assistenza a carico dello Stato italiano.
- (5) in ottemperanza all'art. 3, paragrafo 2, Reg. CEE n. 987/2009.