|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Modello S1/ex E106 – Lavoratore distaccato CEE e familiari** |
| **Descrizione** | Cittadini che si recano nei paesi della Comunità Europea, Svizzera e Spazio Economico Europeo (Norvegia, Islanda e Liechtenstein) per distacco lavorativo e familiari a carico  |
| **Documenti necessari** | * Documento di riconoscimento del richiedente
* Codice Fiscale
* Modello A1 rilasciato dall’INPS
* Se necessaria delega, documento di riconoscimento del delegato e del delegante
* Se presente tutore/amministratore di sostegno, documento di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato
* In caso di richiesta effettuata a favore di minore, allegare i documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente
* Codice Fiscale/Tessera Sanitaria dei soggetti interessati
* Libretti cartacei se in possesso

**Si precisa che occorrerà la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente** |
| **Moduli da presentare compilati** | Domanda di rilascio del formulario S1 (ex E106)  |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza 🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza🡪 L’Ufficio di **Ceparana** riceve su appuntamento |

**MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA**

**RICHIESTA RILASCIO MODELLO S1**

**(Da utilizzare da parte dei lavoratori del settore privato, lavoratori autonomi, lavoratori del settore pubblico, lavoratori frontalieri, autotrasportatori, studenti e familiari a carico delle predette categorie)**

 **AL DISTRETTO n.**

Il/La sottoscritt……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nato/a il …………………………………………………….. a ……………………………………………………………….. (prov. ……………….)

Stato ………………………………………………………………….. cittadinanza …………………………………………….………………………

Cf ……………………………………………………………………………………………

Residente a …………………………………………………………………………………………………………………….. (prov …………………)

Stato …………………………………………………………………………………….

Indirizzo ……………………………………………………………………………………………… cap ………………………………………………….

n. telefonico ………………………………………………………………………..

in qualità di:

lavoratore del settore privato lavoratore del settore pubblico

lavoratore frontaliero autotrasportatore

lavoratore autonomo studente

 CHIEDE

 per se e/o per i seguenti familiari a carico

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data di nascita | Grado di Parentela | Codice Fiscale |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Rilascio del formulario UE S1 Rinnovo del formulario UE S1

per beneficiare, nel Paese di:

* nuova residenza …………………………………………………………………………………………….
* nuovo domicilio ……………………………………………………………………………………………..

dell’assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti UE 882/2004 e 987/2009,

a decorrere dal …………………………………………………….

e fino al ……………………………………………………….……….

Il sottoscritto consapevole:

* 1. delle sanzioni pensali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 Ottobre 2000 n. 445, in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci;
	2. di decadere dai benefici conseguiti, a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni;
	3. 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;

il/i familiare/i sopraelencato/i non ha/non hanno diritto all’assistenza sanitaria a carico di altro Stato dell’Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera;

il/i familiare/i svolge/svolgono attività lavorativa non svolge/non svolgono attività lavorativa.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale successiva variazione del proprio status e quello dei propri familiari (es. svolgimento attività lavorativa del familiare, trasferimento della residenza in altro Stato U.E. o rientro in Italia sia del capofamiglia che del familiare, cessazione assicurazione in Italia del capofamiglia e dei familiari ecc.) che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato Italiano.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_