|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Modello S1/exE121 – Pensionato e familiari** |
| **Descrizione** | Cittadini che trasferiscono la residenza nei paesi della Comunità Europea, Svizzera e Spazio Economico Europeo (Norvegia, Islanda e Liechtenstein)  |
| **Documenti necessari** | * Documento di riconoscimento del richiedente
* Codice Fiscale
* Iscrizione AIRE
* Certificato di pensione italiana contributiva
* 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 E121)  |
| **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**

**Domanda di rilascio del formulario S1 (ex E121)**

 **ALLA ASL DI ULTIMA ISCRIZIONE**

**Spett.le ASL ………………………………..**

Oggetto: Regolamenti comunitari di sicurezza sociale: domanda di rilascio del modello comunitario S1 per usufruire dell’assistenza sanitaria nel Paese di residenza.

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………

codice fiscale ………………...…………………………………………………………………………….

nato/a il ………………….a………………………………...(prov……….) Stato…………………….....

cittadinanza………………………………………………………………………………………………...

residente in………………………………………………….(prov……….) Stato………………………..

indirizzo……………………………………………………………………..cap..………………………...

indirizzo e-mail…………………………………………………………………………………………….

titolare di **pensione in regime nazionale** (con soli periodi contributivi italiani) erogata dall’Istituto previdenziale italiano (INPS/INPDAP/ENPALS/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/ENPALS/ecc.) ………………………………………

Sede………………………………………………………………………………………………………...

Via………………………………………………………………………………………………………….

numero pensione……………………………………………………………………………………………

Anzianità contributiva maturata in Italia pari a …………………………………………………………..

***e***

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 trasferitola 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 **(2)** a tempo indeterminato se il familiare a carico **(3)** 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:

1. delle sanzioni penali 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.

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

non ha diritto all’assistenza sanitaria **(4)** 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 (1) 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 (5).***

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* indirizzi 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 S1 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.

Informativa sul trattamento dei dati personali - (Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196)

* L’Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento, la informa che i suoi dati personali, raccolti con la compilazione del presente modulo, saranno trattati come stabilito dal decreto legislativo n.196/03, nonché da leggi e regolamenti, al fine di svolgere le proprie funzioni istituzionali in materia previdenziale, assistenziale e sanitaria.
* La informa, inoltre, che è in sua facoltà esercitare il diritto di accesso ai suoi dati previsto dall’art. 7 del citato decreto.

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 VIII – Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 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.