

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

SPETT.LE
AZIENDA ASL RIETI
UFFICIO MOBILITA' INTERNAZIONALE

Oggetto: **Regolamenti comunitari di sicurezza sociale: domanda di rilascio del modello comunitario S1 per usufruire dell'assistenza sanitaria nel Paese di domicilio anagrafico**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a..... il.....
codice fiscale..... dipendente/lavoratore
del/dal..... (Ente\amministrazione o
Categoria di appartenenza) destinato a prestare servizio in.....
presso..... a decorrere dal.....
per la durata presumibile di.....telefono.....

CHIEDE

il rilascio del modello S1 per beneficiare nello Stato di domicilio anagrafico 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 a decorrere dal _____

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

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

Il sottoscritto 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
- è lavoratore distaccato presso _____
_____ dal _____ al _____

Il sottoscritto 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

Luogo e data _____

Firma

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 e la documentazione richiesta

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