

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO S1 PAESI U.E. – S.E.E. – SVIZZERA - STUDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Tel. _____ mail _____

CHIEDE

a favore di Se stesso

- del minore _____

-Il rilascio del formulario S1 - Il rinnovo del formulario S1 nel seguente Stato (U.E. – S.E.E. – Svizzera): _____ con validità dal ____/____/____ al ____/____/____

Al fine del rinnovo/rilascio del formulario richiesto, che consente di beneficiare, nel Paese straniero di residenza/domicilio, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato Italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti U.E., consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere o di falsità negli atti e della decadenza dei benefici eventualmente connessi al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000).

DICHIARA che l'intestatario del modulo S1 _____

è nato/ a _____

è residente a _____

è domiciliato presso _____

frequenta presso la/il seguente Università/Istituto _____

con sede a _____ in _____ il seguente corso _____

NON ha diritto, ad altro titolo diretto (1), alle prestazioni sanitarie

NON svolge e non svolgerà attività lavorativa.

DICHIARA

ai sensi del D.P.R 445/2000 ART.46 e 47 la veridicità sei seguenti dati di seguito riportati:

-Indirizzo di ultima residenza in Italia _____

-Ultima ASL di competenza _____

-Non è residente in Italia dal _____

-Presentazione dichiarazione di residenza dello studente (ex art.6 L.470/1988) _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare per il futuro ogni eventuale successiva variazione dello status dello studente che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato Italiano.

AVVERTENZE –

L'ASL BAT si riserva di controllare eventualmente la veridicità delle dichiarazioni rese.

ALLEGATI:

Copia del documento di riconoscimento;

Copia della tessera sanitaria;

Certificato di iscrizione all'Università/Istituto estero;

Attestato di frequenza rilasciato dall'Università/Istituto estero;

Altro specificare: _____

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____