

**MODULO PER IL RILASCIO DEL MODELLO S1 PAESI U.E. – SPAZIO ECONOMICO EUROPEO (S.E.E) – SVIZZERA****RISERVATO AL TITOLARE DI PENSIONE****Modalità di trasmissione:**

- E-mail: *rapportiinternazionali.sassari@aslsassari.it*
- PEC: *distretto.ss@pec.aslsassari.it*
- Consegna documentazione presso l'Ufficio Rapporti Internazionali sede di Sassari, sito al piano terzo, stanza 11, dello stabile ASL n°1 di Sassari, Via Maurizio Zanfarino n°44 - Sassari (Lunedì/Mercoledì/Venerdì ore 9:00-12:00)

**Il/La sottoscritto/a Sig./ra**

consapevole delle sanzioni penali, previste ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 in caso di attestazioni non veritiere, e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente connessi al provvedimento emanato dall'Azienda Socio-Sanitaria Locale n°1 di Sassari per effetto delle eventuali dichiarazioni non veritiere rese ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, asserisce di essere:

Nato/a a	Provincia		
Stato		Data	/ /
Nazionalità	Codice Fiscale		
<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>			
Città	Provincia	Codice Postale	
Indirizzo		Stato	
<b>INDIRIZZO DI DOMICILIO (se differente da quello di residenza)</b>			
Città	Provincia	Codice Postale	
Indirizzo		Stato	
<b>RECAPITI</b>			
Telefono	E-mail		
Pec			

**CHIEDE**

- Il rilascio del modello S1 al fine di beneficiare, nel nuovo Paese di residenza, dell'assistenza sanitaria con oneri a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie vigenti in materia di sicurezza sociale, contemplate nei Regolamenti U.E.

avendo trasferito la propria residenza

Intendendo trasferire la propria residenza

- nel seguente Stato (U.E. - S.E.E. - Svizzera):



Città	Provincia	Codice Postale
Indirizzo		Stato

**Che il sottoscritto e gli eventuali familiari, per i quali si richiede la creazione del diritto nel nuovo Stato di residenza:**

- NON svolgono attività lavorativa       NON debbano svolgere attività lavorativa  
 NON hanno diritto, ad altro eventuale titolo<sup>2</sup>, alle prestazioni sanitarie  
 NON beneficiano di altre pensioni  
 **BENEFICIANO** della seguente tipologia di pensione a carico di altro Stato che NON apre il diritto all'assistenza sanitaria:

titolare Sig./ra

erogata da

*(indicare Istituto o Ente previdenziale)*

avente sede in

Via

Stato

numero e categoria pensionistica

Si prega di allegare eventuale copia dell'ultimo cedolino della pensione estera.

**Dichiara la veridicità dei dati contenuti secondo la tabella che segue:**

	Indirizzo di ultima residenza in Italia	ASL competente	Non risiede in Italia dal	Dichiarazione di trasferimento della residenza (ex art.6 L. 470/1988)	
				Data	Sede consolare che ha ricevuto la dichiarazione
Pensionato/a			/ /	/ /	
Familiare (1)			/ /	/ /	
Familiare (2)			/ /	/ /	
Familiare (3)			/ /	/ /	

Il sottoscritto, si impegna altresì a comunicare ogni eventuale successiva variazione della propria condizione<sup>3</sup> comportante modifiche al diritto delle prestazioni sanitarie e recante oneri per lo Stato Italiano.

#### AVVERTENZE

- Il modello S1 per ogni familiare viene rilasciato:
  - se il familiare risiede stabilmente nello stesso Paese del pensionato
  - se risiede in un Paese diverso da quello di residenza del pensionato (rinnovabile annualmente)
- L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n°1 di Sassari si riserva di controllare la veridicità delle eventuali dichiarazioni rese.

<sup>2</sup> A carico di un altro Stato dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo (S.E.E.), Svizzera ovvero altro Stato membro dell'U.E.

<sup>3</sup> Svolgimento di attività lavorativa, revoca della pensione italiana, conseguimento di pensione a carico di un altro Stato dell'Unione Europea, Spazio Economico Europeo (S.E.E.), Svizzera trasferimento della residenza in Italia od in altro Stato membro U.E.

ALLEGATI:

Documento di identità del richiedente in corso di validità

Altro (specificare): .....

Data .....

Firma .....