

MODULO PER IL RILASCIO DEL MODELLO S1 PAESI U.E. – SPAZIO ECONOMICO EUROPEO (S.E.E) – SVIZZERA**RISERVATO ALLO STUDENTE****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	C.F.	
INDIRIZZO DI RESIDENZA		
Città	Provincia	Codice Postale
Indirizzo	Stato	
INDIRIZZO DI DOMICILIO (se differente da quello di residenza)		
Città	Provincia	Codice Postale
Indirizzo	Stato	
RECAPITI		
Telefono	E-mail	
Pec		

CHIEDE

- per se medesimo per il minore Sig./ranei confronti del quale lo scrivente versa nella seguente condizione¹.....
- Il rilascio del modello S1 al fine di beneficiare, nel Paese straniero di residenza, della copertura sanitaria con oneri a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie vigenti in materia di sicurezza sociale, contemplate nei Regolamenti U.E.

¹ Si prega di specificare se si tratti di esercente la potestà genitoriale, tutore, amministratore di sostegno munito delle relative prerogative, ecc.

il rinnovo del formulario S1 nello stesso Stato nel seguente nuovo Stato (U.E. - S.E.E. - Svizzera): avente validità dal / / al / /**DICHIARA**ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 445/2000
(Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà) di frequentare il seguente Istituto....., avente sede a in.....; di non avere, in base ad altro titolo, diritto alle prestazioni sanitarie; di essere a carico di uno dei genitori;

	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
Studente			/ /	/ /	

Il sottoscritto, si impegna altresì a comunicare ogni eventuale successiva variazione della propria condizione² comportante modifiche al diritto delle prestazioni sanitarie e recante oneri per lo Stato Italiano.

NOTA BENE:

- Il modello S1 viene rilasciato per la durata di un anno solare (rinnovabile annualmente);
- L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n°1 di Sassari si riserva di controllare la veridicità delle eventuali dichiarazioni rese.

Data

Firma

² Svolgimento di attività lavorativa, cessazione dell'attività formativa, mutamento di residenza con trasferimento della medesima in Italia nonché in un altro Stato non membro dell'Unione Europea, Spazio Economico Europeo (S.E.E.), Svizzera, ecc.

ALLEGATI:

Documento di identità del richiedente in corso di validità

Certificato³

Altro (specificare):

Data

Firma

³ Si prega di allegare copia del certificato d'iscrizione presso l'Istituto Scolastico, Università, ecc.