**S.O.C. DISTRETTO VCO**

Sede operativa di Domodossola (VB) - Via Scapaccino, 47 - 28845

Tel. 0324/491686 - 491660 - 491651

Sede operativa di Omegna (VB) - Via Mazzini, 96 - 28887

Tel. 0323/868362 - 868339 - 868350 - 868330

Sede operativa di Verbania (VB) - Viale S. Anna, 83 - 28922

Tel. 0323/541428 - 541461 - 541472

Email: [distretto.vco@aslvco.it](mailto:distretto.vco@aslvco.it)

**DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO S1 PAESI U.E. - S.E.E. - SVIZZERA PER LAVORATORE SUBORDINATO DISTACCATO – LAVORATORE AUTONOMO**

**Il sottoscritto sig.**

………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo di nascita prov.

………………………………………………………………………………………………………………………………

Stato di nascita data di nascita

………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazionalità C.F.

………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIRIZZO NEL PAESE DI RESIDENZA**

Città prov. codice postale

………………………………………………………………………………………………………………………………

indirizzo Stato

………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIRIZZO NEL PAESE DI DOMICILIO (SE DIVERSO DA QUELLO DI RESIDENZA)**

città prov. Codice postale

………………………………………………………………………………………………………………………………

indirizzo Stato

………………………………………………………………………………………………………………………………

**RECAPITI**

Tel. Mail

………………………………………………………………………………………………………………………………

*(Apporre una “X” in corrispondenza del campo corretto)*

**CHIEDE**

…… Il rilascio del formulario S1 per beneficiare, nel nuovo Paese di residenza, dell’assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale, contenuti nei Regolamenti U.E.;

…… Il rinnovo del formulario S1:

……. nello stesso stato;

…… nel seguente nuovo stato (U.E. - S.E.E. - Svizzera): …………………………………………………….

La suddetta richiesta è formulata:

…… per se stesso;

…… per i seguenti familiari a carico:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome e Cognome | Data di nascita | Rapporto di parentela | Codice fiscale |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

Che hanno trasferito la propria residenza:

…… nel medesimo Stato membro del lavoratore:

città prov. Codice postale

………………………………………………………………………………………………………………………………

indirizzo

………………………………………………………………………………………………………………………………

…. in altro Stato: …………………………………………………………………………………………………………..

città prov. Codice postale

………………………………………………………………………………………………………………………………

indirizzo

………………………………………………………………………………………………………………………………

*Al fine del rilascio/rinnovo del formulario richiesto, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dell’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**

*ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 (Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà)*

…… di essere lavoratore autonomo (specificare tipologia di lavoro ed estremi partita IVA):

………………………………………………………………………………………………………………………………

…… di essere lavoratore subordinato della ditta: ………………………………………………………………………….

**SEDE LEGALE**

città prov. Codice postale

………………………………………………………………………………………………………………………………

indirizzo Stato

………………………………………………………………………………………………………………………………

**SEDE OPERATIVA ESTERNA PRESSO CUI E’ DISTACCATO IL LAVORATORE**

denominazione

………………………………………………………………………………………………………………………………

città prov. codice postale

………………………………………………………………………………………………………………………………

indirizzo Stato

………………………………………………………………………………………………………………………………

**DICHIARA ALTRESI’**

…… che il sottoscritto NON ha diritto, ad altro titolo diretto, alle prestazioni sanitarie;

…… che gli eventuali familiari per i quali si chiede l’apertura del diritto nel nuovo stato di residenza NON hanno diritto, ad altro titolo diretto, alle prestazioni sanitarie;

…… che gli eventuali familiari per i quali si chiede l’apertura del diritto nel nuovo stato di residenza :

…… svolgono attività lavorativa;

…… non svolgono attività lavorativa.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Indirizzo di ultima residenza | Ultima ASL competente | Non è residente in Italia dal | Presentazione dichiarazione di trasferimento di residenza (ex art. 6 L. 470/1988) | |
| Data | Città sede dell’ufficio consolare che ha ricevuto la dichiarazione |
| Richiedente |  |  |  |  |  |
| Familiare 1 |  |  |  |  |  |
| Familiare 2 |  |  |  |  |  |
| Familiare 3 |  |  |  |  |  |
| Familiare 4 |  |  |  |  |  |

***IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A:***

***1. COMUNICARE PER IL FUTURO OGNI EVENTUALE SUCCESSIVA VARIAZIONE DEL PROPRIO STATUS CHE POSSA MODIFICARE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE CON ONERE A CARICO DELLO STATO ITALIANO;***

***2. RESTITUIRE E NON UTILIZZARE LA TEAM (TESSERA EUROPEA ASSICURAZIONE MALATTIA / TESSERA SANITARIA) ITALIANA QUALORA QUESTA FOSSE ANCORA IN CORSO DI VALIDITÀ; IN QUANTO EDOTTO DELLA POSSIBILITÀ DI RICHIEDERE IL RILASCIO DEL MODELLO HIC (CERTIFICATO PROVVISORIO TEAM) CON VALIDITÀ SEMESTRALE.***

**MODALITA’ DI CONSEGNA DELLA DOMANDA PER RILASCIO MODELLO S1**

…… invio tramite e – mail all’indirizzo: [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it) ;

…… invio via posta ordinaria all’indirizzo Via Mazzini n. 117, Omegna – 28887;

data firma del richiedente

**N.B. Allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore**

**AVVERTENZE**

- L’attestato S1 viene rilasciato al massimo per la durata di un anno di volta in volta rinnovabile;

- la competenza al rilascio dell’attestato S1 è del Ministero della Salute per residenti all’estero prima del 1980;

- L’ASL VCO si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese.

**ALLEGATI**

….. documento di identità del sottoscrittore;

*nel caso di lavoratore dipendente*:

- modello A1 (oppure Modello E101 / e Modello E102 per distacco in Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera) rilasciato dell’Istituto previdenziale competente con validità di due anni;

- autorizzazione del paese estero (dal terzo anno in poi del distacco) alla prosecuzione del regime di sicurezza sociale italiano notificata per il tramite delle sedi INPS competenti e del ministero del lavoro e delle politiche sociali.

*Nel caso di lavoratore autonomo:*

- modello A1 (oppure Modello E101 / e Modello E102 per distacco in Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera) rilasciato dell’Istituto previdenziale competente con validità di due anni;

- attestazione di apertura Partita Iva o apertura posizione INPS;

- autorizzazione del paese estero (dal terzo anno in poi del distacco) alla prosecuzione del regime di sicurezza sociale italiano notificata per il tramite delle sedi INPS competenti e del ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- documentazione del versamento dei contributi sul suolo italiano;

- documentazione di assolvimento degli obblighi fiscali in Italiano;

*Nel caso di lavoratore frontaliere (che prestano servizio nello Stato italiano risiedendo in uno dei Paesi UE – SEE – Svizzera confinanti):*

- modello A1 (oppure Modello E101 / e Modello E102 per distacco in Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera) rilasciato dell’Istituto previdenziale competente con validità di due anni;

- documentazione comprovante l’attività professionale sul suolo italiano;

- documentazione del versamento dei contributi sul suolo italiano;

- documentazione di assolvimento degli obblighi fiscali in Italiano;

- eventuale iscrizione agli albi professionali;

Data firma del richiedente