**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

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

**Il sottoscritto sig.**

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

Luogo di nascita prov.

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

Stato di nascita data di nascita

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

Nazionalità C.F.

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

**RECAPITI**

Tel. Mail

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

**CHIEDE**

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

**A favore di**

…… se stesso

…… del minore …………………….…………………………………………………… rispetto al quale il richiedente è:

 …… esercente la responsabilità genitoriale

 …… tutore

 …… amministratore di sostegno, dotato dei relativi poteri

…… 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): …………………………………………………….

*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)*

che l’intestatario del modulo S1 sig. ..………………………………………………………………………………………

Luogo di nascita prov.

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

Stato di nascita data di nascita

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

Nazionalità C.F.

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

**RECAPITI**

Tel. Mail

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

**INDIRIZZO NEL PAESE ESTERO DI RESIDENZA**

Città prov. codice postale

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

indirizzo Stato

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

…… frequenta presso la/il seguente Università / Istituto …………………………………………………………………..

avente sede a *(indirizzo completo)*:

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

il seguente corso ……………………………………………………………………………………………………………

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

…… che NON svolge e NON svolgerà 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 |
| Titolare S1 |  |  |  |  |  |

***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 ;

…… 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 e/o del titolare del modello**

**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 e/o titolare del modello;

…… documentazione comprovante l’iscrizione al corso di studio legalmente riconosciuto;

…… documentazione comprovante la durata del corso di studi;

…… documentazione comprovante l’effettiva frequenza del corso;

Data firma del richiedente