**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 TITOLARE DI PENSIONE**

**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

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

**CHIEDE**

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

…… 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.;

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

….. 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 pensionato:

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 titolare di pensione italiana;

…… di essere familiare a carico del sig. …………………………………………………., titolare di pensione italiana;

…… di essere superstite del sig. …………………………………………………………………………………………..

…… con pensione di reversibilità;

…… che la suddetta pensione italiana è erogata da ………………………………………………………………………..

con sede in via

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

numero e categoria pensione

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

avendo il titolare svolto attività lavorativa in Italia dal ………………………………….. al ……………………………..

…… che il titolare di pensione italiana ha svolto attività lavorativa nel seguente Stato Estero ……………..………… dal …………...… al ………….………

…… che i familiari a carico sono residenti ai seguenti indirizzi (da compilare solo se diverso da quello del pensionato)

indirizzo del familiare 1

città prov. codice postale

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

indirizzo Stato

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

indirizzo del familiare 2

città prov. codice postale

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

indirizzo Stato

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

**Che il sottoscritto e gli eventuali familiari per i quali si chiede l’apertura del diritto nel nuovo Stato di residenza:**

…… NON svolgono lavoro attivo;

…… NON svolgeranno lavoro attivo;

…… NON hanno diritto, ad altro titolo diretto, alle prestazioni sanitarie;

…… NON beneficiano di altre pensioni;

…… BENEFICIANO della seguente altra pensione a carico di altro Stato che NON apre il diritto all’assistenza sanitaria:

titolare sig. ………………………………………………………………………………………………………………….

erogata da …………………………………………………………………………………………………………………..

con sede in via

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

stato numero e categoria pensione

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

***Allega copia dell’ultimo cedolino della suddetta pensione estera.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
| Pensionato |  |  |  |  |  |
| 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 per ogni familiare viene rilasciato:

- se il familiare risiede nello stesso paese del pensionato: a tempo indeterminato;

- se risiede in un paese diverso da quello di residenza del pensionato: 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;

….. ultimo cedolino della pensione.

Data firma del richiedente