

Ufficio Rimborsi ed Assistenza Sanitaria Estero

 SPETT.LE ASL BA
 DISTRETTO S.S.N° 3
 BITONTO/PALO DEL COLLE

| |
|--|
| DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO S1 PAESI U.E. – S.E.E. – SVIZZERA STUDENTE |
|--|

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

CHIEDE

a favore di

- Se stesso
- del minore _____
rispetto al quale il richiedente è _____
- Il rilascio del formulario S1
- Il rinnovo del formulario S1
 - nello stesso Stato
 - nel seguente Stato (U.E. – S.E.E. – Svizzera): _____

con validità dal ____/____/____ al ____/____/____

Al fine del rinnovo/rilascio del formulario richiesto, che consente di beneficiare, nel Paese straniero di residenza/domicilio, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato Italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti U.E., consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'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

Che l'intestatario del modulo S1 _____

- è nato a _____
- è residente a _____
- è domiciliato presso _____
a _____ in _____
- frequenta presso la/il seguente Università/Istituto _____
con sede a _____ in _____
il seguente corso _____
- NON ha diritto, ad altro titolo diretto(1), alle prestazioni sanitarie
- NON svolge e non svolgerà attività lavorativa

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà)

La veridicità dei dati contenuti nella seguente tabella

| Indirizzo di ultima residenza dello studente in Italia | Ultima ASL competente | Non è residente in Italia dal | Presentazione dichiarazione di trasferimento di residenza dello studente (ex art. 6 L. 470/1988) | |
|--|-----------------------|-------------------------------|--|--|
| | | | Data | Città sede dell'ufficio consolare che ha ricevuto la dichiarazione |
| | | ____/____/____ | ____/____/____ | |

(1) a carico di un altro Stato dell'Unione Europea, S.E.E./ Svizzera o altro Stato U.E.



Il sottoscritto si impegna a comunicare per il futuro ogni eventuale successiva variazione dello status dello studente (2) che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato Italiano.

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 i residente all'estero prima del 1980
- L'ASL BA si riserva di controllare eventualmente la veridicità delle dichiarazioni rese.

ALLEGATI

- Copia del documento di riconoscimento
- Copia della tessera sanitaria
- Certificato di iscrizione all'Università/Istituto estero
- Attestato di frequenza rilasciato dall'Università/Istituto estero
- Altro(specificare):

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili con le modalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali al procedimento per l'erogazione di prestazioni richieste. L'utente ha diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi. Tale consenso si ritiene valido fino a revoca dell'interessato.

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it - pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it. Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy.

Data

Firma

(2) svolgimento attività lavorativa, cessazione o conclusione dell'attività formativa, trasferimento della residenza in Italia o in un altro Stato non U.E./S.E.E./ Svizzera, etc..