

RILASCIO MODELLO S1
Pensionati/Familiari
(Reg. CEE 883/2004- Reg. 987/2009)

Questo modulo può essere inviato:

- **preferibilmente** via pec a direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it;
- per posta all'indirizzo UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA, Azienda Usl Toscana nord ovest, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa;
- consegnato a mano presso gli uffici protocollo della Azienda Usl Toscana nord ovest;

Al Direttore Generale Azienda Usl Toscana nord ovest

Att.ne Ufficio Assistenza all'Esteri

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
codice fiscale _____ residente a _____ in
via _____ n. _____ cap. _____ Tel. _____

email _____

Indirizzo PEC _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

in qualità di:

☐ titolare di pensione **in regime nazionale** (con soli periodi contributivi italiani) erogata

dall'Istituto previdenziale italiano (INPS/INPDAP/ENPALS/ecc):

sede _____ via _____

numero di pensione _____;

☐ titolare di pensione **in regime internazionale** (con periodi contributivi italiani e di altri Stati dell'Unione europea/SEE/Svizzera o convenzionati con l'Italia) erogata:

- dall'**Istituto previdenziale italiano** (INPS/INPDAP/ENPALS/ecc):

sede _____ via _____

numero di pensione _____ anzianità contributiva maturata in
Italia pari a _____

e

- dall'**Istituto previdenziale estero**: Stato estero _____

sede _____ via _____

anzianità contributiva maturata nello Stato estero pari a _____

☐ titolare di **pensione estera** (con soli periodi assicurativi esteri) con i seguenti

estremi: _____ erogata dallo Stato estero _____

- dall'**Istituto previdenziale estero**:

Stato estero _____ sede _____

via _____ liquidata in base all'anzianità contributiva
maturata nello Stato estero pari a _____;

☐ richiedente la pensione in data _____

Indirizzo ultima residenza in Italia del pensionato _____

AUSL di ultima residenza in Italia del pensionato _____

Azienda Usl Toscana nord ovest



Direttore

U.O.C. Gestione Amministrativa
Anagrafe Assistiti e Protesica
Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:

ICO "Gestione Assistenza e
autorizzazioni cure all'estero,
rilascio modulistica internazionale "

Dr. ssa Claudia Mazzaccheri

e mail:

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it
t

Le informazioni sul trattamento dei dati
personali ai sensi degli articoli 13 e 14
del regolamento UE 2016/679 sono
disponibili al seguente link :
<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

e/o

☐ familiare a carico del pensionato

☐ superstite del pensionato

☐ superstite, in attesa di pensione di reversibilità, del pensionato

☐ familiare del richiedente la pensione

Indirizzo ultima residenza in Italia del familiare/superstite del pensionato o del richiedente pensione

Avendo trasferito la residenza all'estero nello Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera dalla seguente data

CHIEDO

Il rilascio del modello S1 per beneficiare nello nuovo Stato di residenza dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale contenute nei Regolamenti n. 883/2004 e n.987/2009,

☐ per me stesso; a decorrere dal

☐ Nuova Emissione oppure ☐ Rinnovo :

☐ per i seguenti familiari a carico, residenti nello stesso Stato del pensionato, a decorrere dal

oppure

☐ per i seguenti familiari a carico, residenti in altro Stato a decorrere dal

Cognome	Nome	Data nascita	Grado di parentela	Codice Fiscale

Il sottoscritto ☐ pensionato ☐ familiare del pensionato prende atto che il modello S1 per ogni familiare viene rilasciato (1) a tempo indeterminato se il familiare a carico (2) risiede nello stesso Paese del pensionato, per la durata di un anno, di volta in volta rinnovabile, se risiede in un Paese diverso.

Il sottoscritto ☐ pensionato ☐ familiare, sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR445/2000 e consapevole:

- delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 ottobre 2000 n. 445, in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci;
- di decadere dai benefici conseguiti, a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni,

dichiara che:

nel nuovo Stato di residenza :

☐ svolge o ☐ non svolge o ☐ non svolgerà attività lavorativa.

☐ non beneficia di altre pensioni

☐ non ha diritto, ad altro titolo, alle prestazioni sanitarie;

☐ beneficia anche di altra pensione a carico di altro Stato che non apre il diritto all'assistenza sanitaria, con i seguenti estremi

☐ non ha diritto all'assistenza sanitaria (3) a carico di altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera perché avente titolo alla sola pensione di diritto italiano.

Il sottoscritto ☐ pensionato ☐ familiare, ai sensi dell'art. 6 della legge 27 ottobre 1988, n. 470, dichiara di aver presentato in data dichiarazione di trasferimento di residenza all'Ufficio Consolare di (città estera).

Azienda USL Toscana nord ovest



Direttore

U.O.C. Gestione Amministrativa
Anagrafe Assistiti e Protesica
Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:

ICO "Gestione Assistenza e autorizzazioni cure all'estero, rilascio modulistica internazionale"
Dr. ssa Claudia Mazzaccheri

e mail:

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili al seguente link :
<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

Il sottoscritto si impegna infine a comunicare (4) ogni eventuale successiva variazione (svolgimento attività lavorativa, revoca pensione italiana, conseguimento pensione a carico anche di un altro Stato UE/SEE./Svizzera, trasferimento della residenza in Italia o in altro Stato UE., ecc) del proprio status che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato italiano (5).

DICHIARO inoltre

di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679. I riferimenti per consultare l'informativa sul trattamento dati sono nel box a destra di questo modulo.

Luogo e data

Il Dichiarante (Firma per esteso e leggibile)

Indirizzi del pensionato (telefono, cellulare, fax, posta elettronica):

Indirizzi del familiare (quando non risiede nello stesso luogo):

Eventuali allegati:

Avvertenze

- L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000. La presente domanda, qualora non venga presentata direttamente, potrà essere inviata, per posta o per fax, a condizione che venga allegata la fotocopia di un documento d'identità.
- Il formulario S1 può essere consegnato anche direttamente all'interessato, al familiare del pensionato oppure ad una persona delegata.
- L'attestazione del diritto alle prestazioni sanitarie (e la decorrenza del relativo onere) compete esclusivamente alla ASL di ultima residenza o al Ministero della Salute, per i residenti all'estero prima del 1980.

Note

1. Dalla ASL di ultima residenza o dal Ministero della Salute, solo per i residenti all'estero prima del 1980.
2. Per l'accertamento definitivo del carico familiare valgono le norme in vigore nello Stato di residenza (art. 1, lett. i, Reg. CE n. 883/2004).
3. La richiesta di esonero dall'assicurazione contro le malattie nel paese di residenza non dà diritto all'assistenza a carico dello Stato italiano.
4. Alla AUSL di ultima residenza (vedere il sito al seguente indirizzo http://ec.europa.eu/employment_social/cld/displayMain.do) o, solo per i residenti all'estero prima del 1980, al Ministero della Salute: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VIII – Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 ROMA.
5. In ottemperanza all'art. 3, paragrafo 2, Reg. CEE n. 987/2009.

Azienda USL Toscana nord ovest



Direttore

U.O.C. Gestione Amministrativa
Anagrafe Assistiti e Protesica
Dr. ssa Caterina Ricci

Responsabile del procedimento:

ICO "Gestione Assistenza e autorizzazioni cure all'estero, rilascio modulistica internazionale"
Dr. ssa Claudia Mazzaccheri
e mail:

assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it
t

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili al seguente link :
<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy>

Azienda UsI
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503