

RILASCIO DEL MODELLO S1

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

Questo modulo può essere inviato unitamente ad una copia del documento di identità:

- preferibilmente via pec a direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it
- per email a assistenzaestero@uslnordovest.toscana.it
- per posta all'indirizzo: Azienda Usl Toscana Nord Ovest, via A. Cocchi, 7/9 - 56124 Pisa

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

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

e/o

- ☐ familiare a carico del pensionato

- ☐ superstite del pensionato



AIUTACI A RISPARMIARE CARTA E TEMPO!

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.

Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code



Responsabile del procedimento

L'ufficio responsabile di questo procedimento è:

**UOC GESTIONE
AMMINISTRATIVA
ANAGRAFE ASSISTITI E
PROTESICA**

Direttrice: Gabriella Scarselli

☐ 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 DPR 445/2000 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).



AIUTACI A RISPARMIARE CARTA E TEMPO!

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.

Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code



Responsabile del procedimento

L'ufficio responsabile di questo procedimento è:

UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA ANAGRAFE ASSISTITI E PROTESICA

Direttrice: Gabriella Scarselli

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 U.E./S.E.E./Svizzera, trasferimento della residenza in Italia o in altro Stato U.E., ecc) del proprio status che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato italiano (5).

(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 E121 o 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 (consultare 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.



AIUTACI A RISPARMIARE CARTA E TEMPO!

Questo modulo è editabile, significa che lo puoi compilare dal computer senza stamparlo e salvarlo sul tuo PC per il successivo invio.

Ricorda di scrivere il tuo indirizzo PEC personale (se lo hai).

Firmalo digitalmente (formato PADES) se possiedi la firma elettronica personale.

Una volta compilato, scegli l'invio per email.

Titolare del trattamento dati

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

oppure scansiona il QR code



Responsabile del procedimento

L'ufficio responsabile di questo procedimento è:

**UOC GESTIONE
AMMINISTRATIVA
ANAGRAFE ASSISTITI E
PROTESICA**

Direttrice: Gabriella Scarselli