

# ASSISTENZA ALL'ESTERO

## MODELLI ATTIVI

### Cos'è:

i cittadini comunitari possono iscriversi al Servizio Sanitario Regionale (SSR) se in possesso di modello comunitario S1 (in precedenza modelli E106, E109, E120, E121) rilasciati dal Paese di provenienza

### Chi può richiederlo:

I cittadini in possesso di modello comunitario

**Modalità di Attivazione:** a richiesta

### Come si richiede:

L'iscrizione avviene previa presentazione della modulistica comunitaria (S1) unitamente al Codice Fiscale, Documento d'Identità e autocertificazione di residenza (Allegato 1)

## MODELLI PASSIVI

### Cos'è:

i cittadini italiani che intendono spostarsi all'interno della Comunità Europea rimanendo a carico del Servizio Sanitario Italiano possono richiedere all'Ufficio Estero il relativo modello di distacco (S1)

### Chi può richiederlo:

I cittadini distaccati per lavoro – gli studenti che spostano la residenza – i pensionati o in pre-pensionamento – familiare dell'assicurato che trasferisce la residenza in uno Stato Membro diverso.

**Modalità di Attivazione:** a richiesta

### Come si richiede:

L'iscrizione avviene previa presentazione di specifica documentazione differenziata in base alla condizione giuridica di seguito dettagliata:

- distacco per lavoro: A1 rilasciato dall'Inps, dichiarazione della ditta, documento d'identità, autocertificazione (allegato 1)
- pensionati: autocertificazione (allegato 2), documento d'identità
- dichiarazione dell'università o di un corso di studio legalmente riconosciuto, documento d'identità
- Familiare assicurato: dichiarazione della ditta attestante che il familiare è a carico

Al termine dell'iter l'Ufficio Estero sospende il MMG

### Dove rivolgersi:

ASST RHODENSE

Ufficio Estero

UOC Servizi alla Persona e Prevenzione

Via Settembrini n. 1

20017 PASSIRANA DI RHO

Tel: 02 994304236 | 02 994304237 | 02 994304235

E-mail: servizi.persona.territorio@asst-rhodense.it

Sistema Socio Sanitario

Regione  
Lombardia

ASST Rhodense

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

nato a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (luogo) \_\_\_\_\_ (prov.) in via \_\_\_\_\_ (indirizzo)

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

**D I C H I A R A**

- di essere nato a \_\_\_\_\_ (prov.) il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_
- di essere cittadino \_\_\_\_\_
- di essere celibe/nubile/di stato libero
- di essere coniugato con/a con \_\_\_\_\_
- di essere vedovo/a di \_\_\_\_\_
- di essere divorziato/a da \_\_\_\_\_
- che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

(cognome nome)	(luogo e data di nascita)	(rapporto di parentela)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- di essere tuttora vivente
- che il/la figlio/a è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov.)
- che il proprio \_\_\_\_\_ (rapporto di parentela) \_\_\_\_\_ (cognome nome) nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ è morto in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- di essere iscritto nell'Albo o Elenco \_\_\_\_\_ tenuto dalla  
Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- di appartenere all'Ordine Professionale \_\_\_\_\_
- di possedere il titolo di studio: \_\_\_\_\_ rilasciato dalla  
Scuola/Università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- la qualità di studente presso la Scuola/Università \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_
- la qualità di pensionato e categoria di pensione \_\_\_\_\_
- lo stato di disoccupazione con iscrizione al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- che la situazione reddituale/economica, anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi  
tipo previsti da leggi speciali, per l'anno \_\_\_\_\_ è la seguente  
\_\_\_\_\_ (cifre) \_\_\_\_\_ (lettere)
- l'assolvimento di specifici obblighi contributivi con indicazione dell'ammontare corrisposto di  
\_\_\_\_\_

- il possesso e il numero del codice fiscale \_\_\_\_\_
- iscrizione partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- la qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili di \_\_\_\_\_
- la qualità di vivenza a carico di \_\_\_\_\_

Barrare la/le voci che riguardano la/le dichiarazione/i da produrre.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 del 27/04/2016,  
relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali**

L'ASST Rhodense, quale Titolare del trattamento, informa che i dati dell'interessato saranno utilizzati con modalità cartacee e telematiche nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 i dati personali saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente, raccolti per le finalità determinate, esplicite e legittime, adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per i quali sono stati trattati, conservati per l'arco temporale previsto dalla normativa di riferimento e trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati stessi.

I dati non saranno diffusi e/o comunicati a terzi ad eccezione dei casi previsti dalla Legge.

Ai sensi dell'art. 15 del citato Regolamento UE 2016/679, l'interessato può chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso, la rettifica, la limitazione del trattamento dei dati personali e il periodo di conservazione, non potrà esercitare il diritto alla cancellazione dei dati in quanto il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nella sanità pubblica (art. 17, comma 3, lettera c, Regolamento UE 2016/679).

L'interessato può presentare reclamo indirizzando l'istanza all'Ufficio relazioni con il pubblico dell'ASST.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

II DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**

Dichiarazione resa dall'interessato identificato con:

1) documento di identità in **corso di validità** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

2) documento di identità **non in corso di validità**  
si attesta e conferma dei dati contenuti nel documento di identità \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

II DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Da: operatore \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(Da utilizzare da parte del titolare di pensione o del familiare)

**Oggetto: Regolamenti comunitari di sicurezza sociale: domanda di rilascio del modello comunitario S1 per usufruire dell'assistenza sanitaria nel Paese di residenza.**

Il/La sottoscritt ..... codice fiscale .....

nato/a il .....a..... (prov.....)Stato.....cittadinanza.....

residente in.....(prov.....) Stato.....

indirizzo.....cap .....

indirizzo e-mail.....

tessera sanitaria\_\_\_\_\_

titolare di pensione in regime nazionale (con soli periodi contributivi italiani) erogata dall'Istituto previdenziale italiano (INPS/INPDAP/ENPALS/ecc.)  
 Sede.....Via.....numero 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 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 periodi contributivi esteri) (riportare tutti gli estremi della pensione estera e/o allegare il cedolino della pensione estera)  
 ..... erogata da ..... (indicare Stato estero)  
 dall'Ente..... (indicare ente previdenziale estero) sede di..... Via..... Liquidata sulla base della seguente anzianità contributiva (settimane, mesi o anni) maturata all'estero.....

indirizzo ultima residenza in Italia del pensionato .....

ASL di ultima residenza in Italia del pensionato.....

familiare del pensionato .....

indirizzo ultima residenza in Italia del familiare.....

superstite del pensionato..... (solo nel caso di richiesta E120)

richiedente la pensione in data..... (solo nel caso di richiesta E120)

familiare del richiedente la pensione ..... (solo nel caso di richiesta E120)

avendo trasferito la propria residenza all'estero in altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera e precisamente in ....., dalla seguente data .....

### CHIEDE

il rilascio del modello S1 per beneficiare nello 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 sé, a decorrere dal.....
- per i seguenti **familiari a carico** residenti nello stesso Stato del pensionato, a decorrere dal .....oppure
- per i seguenti familiari residenti in altro Stato.....a decorrere dal .....

**Nuova emissione**    **Rinnovo**

	Cognome del familiare	Nome del familiare	Data di nascita	Relazione di parentela	Codice fiscale
1					
2					
3					
4					

Il sottoscritto  **pensionato**  **familiare** consapevole:

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

**dichiara, sotto la propria responsabilità ed ai sensi del DPR 445/2000, che:**

- 1) non ha diritto all'assistenza sanitaria **(4)** a carico di altro Stato dell'Unione Europea/dello Spazio Economico Europeo/Svizzera:
  - perché avente titolo alla sola pensione di diritto italiano
  - per i seguenti motivi .....
  - svolge attività lavorativa    non svolge attività lavorativa.

- 2) in qualità di  **pensionato**  **familiare** del pensionato, prende atto che il modello S1 per ogni familiare viene rilasciato **(2)** a tempo indeterminato se il familiare a carico **(3)** risiede nello stesso Paese del pensionato, per la durata di un anno, di volta in volta rinnovabile, se risiede in un Paese diverso
- 3) i familiari sopra citati e per i quali è stato richiesto emissione S1, sono a proprio carico
- 4) in merito alla detassazione:
- di aver chiesto in data..... all'Ente previdenziale.....  
di..... di essere esonerato dal pagamento ed è:
    - in attesa di riscontro
    - ha ottenuto la detassazione in data..... con atto .....
  - non ha chiesto la detassazione
- 5) in qualità di  **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).

Il sottoscritto si impegna a comunicare **(1)** 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., richiesta ed ottenimento della detassazione, ecc) del proprio status che possa modificare il diritto alle prestazioni sanitarie con onere a carico dello Stato italiano,**(5)**, oltre che a comunicare annualmente lo stato in vita per la prosecuzione dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato Italiano

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

- indirizzi del pensionato (telefono, cellulare, fax, posta elettronica):.....  
.....
- indirizzi del familiare (quando non risiede nello stesso luogo):.....  
.....
- eventuali altri 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.

### Informativa sul trattamento dei dati personali

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196)

- L'Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento, la informa che i suoi dati personali, raccolti con la compilazione del presente modulo, saranno trattati come stabilito dal decreto legislativo n.196/03, nonché da leggi e regolamenti, al fine di svolgere le proprie funzioni istituzionali in materia previdenziale, assistenziale e sanitaria.
- La informa, inoltre, che è in sua facoltà esercitare il diritto di accesso ai suoi dati previsto dall'art. 7 del citato decreto.

### Note

- (1) alla ASL di ultima residenza (consultare il sito [http://ec.europa.eu/employment\\_social/cld/displayMain.do](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 VI ex DGRUERI presso il MAE, P.le della Farnesina 1, 00135 ROMA.
- (2) dalla ASL di ultima residenza o dal Ministero della Salute, solo per i residenti all'estero prima del 1980.
- (3) 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).
- (4) La richiesta di esonero dall'assicurazione contro le malattie nel paese di residenza non dà diritto all'assistenza a carico dello Stato italiano.
- (5) in ottemperanza all'art. 3, paragrafo 2, Reg. CEE n. 987/2009.