

Ansuchen um Ausstellung S1 (E106-109)

Ersatzerklärung an Stelle von Bescheinigungen und Ersatzerklärung an Stelle von Notorietätsaktes laut Art. 46 und Art.47 des D.P.R. 28.12.2000, Nr. 445

Der/Die Unterfertigte (Nach- und Vorname)

geboren am in

wohnhaft in (Gemeinde und Postleitzahl PLZ)

Adresse (Straße, Fraktion, Platz, usw.)

Staatsbürgerschaft

Tel. Nr.

E-Mail

Zertifizierte E-Mail (PEC)

erklärt

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, indem er/sie die zutreffenden Kästchen ankreuzt und im Bewusstsein, dass er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 76 und 75 obgenannten Dekretes vorgesehen ist:

- dass er/sie
- dass die zu Lasten lebenden Familienmitangehörigen:

Richiesta di rilascio S1 (E106-109)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il a

residente a (comune e codice postale CAP)

indirizzo (via, frazione, piazza, ecc.)

cittadinanza

n. tel.

e-mail

posta elettronica certificata (PEC)

dichiara

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 barrando le caselle che interessano e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto:

- che egli/ella
- che i familiari a carico:

Nach- und Vorname cognome e nome	Geburtsdatum data di nascita	Verwandtschaftsgrad grado di parentela	Staatsbürgerschaft cittadinanza	Wohnsitz residenza
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- keinen Wohnsitz in Italien hat/haben seit
- im AIRE-Register der Gemeinde
- seit eingetragen ist/sind.

- non ha/hanno la residenza in Italia dal
- è/sono iscritto/a/i all'A.I.R.E. del Comune di
- dal .

vor der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland in der Gemeinde _____
Str. _____ Nr. _____
ansässig war und beim SB in _____
Str. _____ Nr. _____
eingetragen war.

keinen anderen Versicherungstitel hat/haben und somit keinen Anspruch auf gesundheitliche Betreuung in _____ hat/haben;
(ausländischen Staat angeben)

Fernfahrer/in ist

Grenzgänger/in ist, (= in der Regel täglich, mindestens aber einmal wöchentlich an die Wohnadresse im Ausland zurückzukehren)

Pflegekraft ist und einen 2-wöchentlichen Turnusdienst verrichtet

zu Lasten lebend von:

Name _____
geb. _____

**dass er/sie sich verpflichtet,
eventuelle Änderungen in Bezug auf**

- seinen / ihren Wohnsitz
- Übersiedlung in einen anderen ausländischen Staat
- Rückkehr nach Italien
- Auflösung des Arbeitsverhältnisses in Italien
- Erhalt einer ausländischen Rente
- Wohnsitz der Familienangehörigen
- Erwerb eines anderen Versicherungstitels der Familienangehörigen

**dem Amt für Verwaltungsaufgaben des Sprengels
des jeweiligen Gesundheitsbezirkes,
unverzüglich mitzuteilen.**

Bezeichnung und Anschrift der ausländischen Krankenkasse:

Str. _____ Nr. _____
PLZ/Ort _____

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der Daten erfolgen gemäß EU-Verordnung Nr. 679 vom 27. April 2016 (Datenschutzgrundverordnung) und GvD Nr. 196/2003, wie abgeändert vom GvD Nr. 101/2018. Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb (<https://www.sabes.it/de/privacy>).

Ort und Datum | Luogo e data _____

leserliche Unterschrift | firma leggibile
des/der Erklärenden | del/della dichiarante

prima del trasferimento di residenza all'estero era residente nel comune di _____
via _____ n. _____
ed era iscritto alla ASL di _____
via _____ n. _____

non ha/hanno nessun altro titolo di assicurazione e di non avere diritto all'assistenza sanitaria in _____;
(indicare lo stato estero)

di essere addetto/a ai trasporti

di essere frontaliero/a, (= di ritornare di massima ogni giorno o almeno una volta alla settimana all'indirizzo dello stato dove risiede)

di essere badante e di svolgere un servizio a rotazione di 2 settimane

di essere a carico di:

nome _____
nato/a il _____

**che si impegna a comunicare
tempestivamente eventuali variazioni di**

- sua residenza
- trasferimento in altro stato estero
- rientro in Italia
- risoluzione del suo rapporto di lavoro in Italia
- acquisizione di una pensione estera
- residenza dei familiari
- diritto ad eventuale altro titolo assicurativo di assistenza dei familiari

**all' Ufficio Gestione Amministrativa Distrettuale
del rispettivo distretto sanitario.**

denominazione ed indirizzo della cassa malattia estera:

via _____ n. _____
CAP/luogo _____

La raccolta, il trattamento e la conservazione dei dati avvengono nel rispetto del Regolamento UE n. 679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (<https://www.asdaa.it/it/privacy>).