

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SSN / RINNOVO PER PENSIONATI DI STATI ESTERI CONVENZIONATI E LORO FAMILIARI

Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà (art. 46, 47 DPR n.445/2000)

Il/La sottoscritto/a
Codice fiscale Cittadinanza
Nato/a ila.....Stato di nascita.....
Residente In Via/Piazzan.....
Città.....prov. (.....)
☎ mail

CHIEDE

L'iscrizione al SSN italiano *oppure* **Il rinnovo della tessera sanitaria**

con verifica delle condizioni di diritto, in virtù del modello rilasciato dallo Stato estero che eroga la pensione e che è competente al pagamento della propria assistenza sanitaria in Italia, ai sensi dei Regolamenti Europei e degli Accordi bilaterali in materia sanitaria.

DICHIARA

- di essere **titolare** di pensione
 di essere **familiare a carico** di titolare di pensione

Che la pensione/rendita è erogata dallo Stato estero¹
- che possiede il **modello** valido dal al
- che la propria **Istituzione estera** competente è:

Di non essere titolare di pensione/rendita a carico dello Stato italiano e che non esiste un diritto, ad altro titolo alle prestazioni sanitarie nello Stato dove attualmente risiede.

Dichiara inoltre di avere in corso *oppure* di **non avere** in corso domanda di pensione italiana

Di aver trasferito la **residenza in Italia** dal e di esservi tutt'ora residente.

Di impegnarsi a comunicare ogni successiva variazione delle proprie condizioni pena l'addebito delle spese e la cancellazione del diritto di assistenza in Italia (es. *acquisizione altra pensione estera o italiana, trasferimento di residenza in altro Comune italiano o altro Stato, inizio attività lavorativa, perdita condizione di familiare a carico, perdita condizioni di pensionato, annullamento modello di assistenza sanitaria ecc.*)

¹ UE (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), SEE (Islanda, Liechtenstein e Norvegia) e Svizzera (se non esercita il diritto di opzione). Accordi bilaterali: Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano, Rep. San Marino, Principato di Monaco, Tunisia, Bosnia-Erzegovina, Macedonia, Serbia, Montenegro, Kosovo, Voivodina.

Di essere informato che:

- La TEAM (Tessera Sanitaria Assicurazione Malattia) rilasciata dallo Stato Italiano può essere utilizzata solamente nel territorio italiano e non ha valenza di tessera europea.
- La TEAM con valenza di tessera europea, utilizzabile all'estero, viene rilasciata dallo stato estero competente che eroga la pensione.

Dichiara altresì di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000.

ALLEGA

Eventuale documento di identità e documentazione richiesta dall'operatore, in base ai Regolamenti Europei/Accordo bilaterale considerato.

Si dà atto dell'Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs. n. 196/2003 – Codice Privacy, in calce al presente modulo.

Luogo e Data

Firma

.....

.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. 13 D.Lgs. n.196/2003 – CODICE PRIVACY

- a) I trattamenti dei dati personali, raccolti dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS5) con il presente modulo, hanno lo scopo di verificare esclusivamente le condizioni per il rilascio da parte del SSN italiano della tessera sanitaria che permette di ottenere l'iscrizione al SSN oppure il suo rinnovo, sulla base degli attestati di diritto emessi dallo stato estero competente – che eroga la pensione/rendita, nelle modalità previste dai Regolamenti Europei 883/2004 e 987/2009 per gli Stati UE, SEE e Svizzera e dagli Accordi bilaterali in materia sanitaria con l'Italia dei seguenti Stati: *Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano, Rep. San Marino, Principato di Monaco, Tunisia, Bosnia-Erzegovina, Macedonia, Serbia, Montenegro, Kosovo, Voivodina*. Il trattamento è effettuato con e/o senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprende, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. n. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) D.Lgs. 196/03 e necessarie ai trattamenti in questione, con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente.
- b) Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria.
- c) Il difetto, totale o parziale, del conferimento dei dati personali comporta, pertanto, l'impossibilità di perseguire le finalità indicate alla lettera a.
- d) I dati personali oggetto dei trattamenti in questione possono essere comunicati a soggetti diversi dall'AAS5 per le finalità indicate nella lettera a (ad es. ad altra Istituzione sanitaria estera competente, che eroga la pensione, che garantisce la residenza ecc.). Nei casi previsti dalla normativa vigente (ad es., legge n. 241 del 1990), ai documenti detenuti dall'AAS5 contenenti dati personali della S.V. possono avere accesso soggetti pubblici o privati.
- e) Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, la S.V., in qualità di interessata, ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i dati trattati e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento facendone esplicita richiesta al Responsabile del trattamento.
- f) Titolare del trattamento è l'AAS5. Responsabile del trattamento è il Direttore del Distretto a cui è presentato il modulo in oggetto. Per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice Privacy sopraelencati, l'interessato dovrà rivolgersi a tale Direttore.

RISERVATO ALL'UFFICIO (AAS5 – Distretto/Struttura)

- L'operatore verifica la corretta compilazione della richiesta, la documentazione da allegare e le condizioni dell'interessato sulla base delle disposizioni dei Regolamenti Europei e di ogni Accordo bilaterale, ai fini del diritto all'assistenza sanitaria.
- La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo firmato dall'interessato, è presentato da altra persona o inviato per posta o fax, deve essere accompagnato da fotocopia di suo documento di identità in corso di validità (art.38 DPR 445/2000).