

Anfrage um Ausstellung S 1 (E106 – E109)

**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 _____
 geb. am _____ in _____
 Staatsbürgerschaft _____

(Zertifizierte E-Mail Adresse 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 Familienangehörigen:

**Nachname, Vorname und Mädchenname
 angeben!**

Name _____
 geb. am _____ in _____
 Staatsbürgerschaft _____
 Verwandtschaftsgrad _____

Name _____
 geb. am _____ in _____
 Staatsbürgerschaft _____
 Verwandtschaftsgrad _____

Name _____
 geb. am _____ in _____
 Staatsbürgerschaft _____
 Verwandtschaftsgrad _____

Name _____
 geb. am _____ in _____
 Staatsbürgerschaft _____
 Verwandtschaftsgrad _____

ansässig in (Postleitzahl, Ort, Staat angeben)

Straße /Nr. _____

ansässig seit _____

Tel. Nr. _____

eingetragen im Meldeamt folgender Gemeinde:

Domanda per il rilascio S1 (E106 – E109)

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

Il/la sottoscritto(a) _____
 nt. il _____ a _____
 cittadinanza _____

(indirizzo di 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:

**indicare cognome, nome e cognome da
 nubile!**

nome _____
 nt. il _____ a _____
 cittadinanza _____
 grado di parentela _____

nome _____
 nt. il _____ a _____
 cittadinanza _____
 grado di parentela _____

nome _____
 nt. il _____ a _____
 cittadinanza _____
 grado di parentela _____

nome _____
 nt. il _____ a _____
 cittadinanza _____
 grado di parentela _____

residente/i a (indicare CAP, luogo, stato)

via /n. _____

residente/i dal _____

n. tel. _____

iscritto/i all'ufficio anagrafe del seguente comune:

- keinen Wohnsitz in Italien hat /haben seit
- im AIRE-Register der Gemeinde eingetragen ist seit
- vor der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland in der Gemeinde Straße / Nr. ansässig war und beim SB in Str. eingetragen war
- keinen anderen Versicherungstitel hat/haben u. somit keinen Anspruch auf sanitäre Betreuung in hat/haben
(ausländischer Staat)

- Fernfahrer/in ist (mit Erklärung des Arbeitgebers)
- Grenzgänger/in ist, (= in der Regel täglich, mindestens aber einmal wöchentlich an die Wohnadresse im Ausland zurückzukehren)
- 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 Gesundheitsbezirk Brixen –
Verwaltungsleitung des Territoriums
unverzüglich mitzuteilen:**

- **in Brixen – Romstr. 5**
- **in Sterzing – St.Margarethenstr. 24**
- **in Klausen – Seebegg 17**

- Bezeichnung und Anschrift der ausländischen Krankenkasse:

Straße / Nr.

Plz. / Ort

Der / Die Erklärende

Datum

- non ha / hanno la residenza in Italia dal
- iscritto all'A.I.R.E. del comune di dal
- 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
(stato estero)

- di essere addetto/a ai trasporti (con dichiarazione del datore di lavoro)
- di essere frontaliero/a, (= di ritornare di massima ogni giorno o almeno una volta alla settimana all'indirizzo dello Stato dove risiede)
- di essere a carico di:
nome
nt.

- 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

**al Comprensorio Sanitario di Bressanone,
Dirigenza amministrativa del territorio:**

- **a Bressanone – via Roma 5**
- **a Vipiteno - via S. Margherita 24**
- **a Chiusa – Seebegg 17**

- denominazione ed indirizzo della cassa malattia estera:

via / n.

CAP / luogo

Il / la dichiarante

Data