

Anfrage um Ausstellung S1 (E106 - E109)

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

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

Der/die unterfertigte

geb. am in

Staatsbürgerschaft

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 vom 28.12.2000 vorgesehen ist:

dass er /sie dass die Familienangehörigen:

Nachname, Vorname und Mädchenname angeben!

Name

geb. am in

Staatsbürgerschaft

Verwandschaftsgrad

Name

geb. am in

Staatsbürgerschaft

Verwandschaftsgrad

Name

geb. am in

Staatsbürgerschaft

Verwandschaftsgrad

Name

geb. am in

Staatsbürgerschaft

Verwandschaftsgrad

ansässig in
(Postleitzahl, Ort, Staat angeben)

Straße / Nr.

ansässig seit

Il/la sottoscritto(a)

nt. il a

cittadinanza

dichiara

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 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

./..

Tel. Nr. _____

eingetragen im Meldeamt folgender Gemeinde:

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. / Nr. _____
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 Bruneck – Sanitäts-
sprengel unverzüglich mitzuteilen:**

• **in Bruneck – Paternsteig 3**

Bezeichnung und Anschrift der ausländischen
Krankenkasse:

Straße / Nr. _____

Plz. / Ort _____

Der / Die Erklärende

Datum

n. tel. _____

iscritto/i all'ufficio anagrafe del seguente comune:

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 tempestiva-
mente 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 Brunico –
Distretto Sanitario:**

• **a Brunico – Vicolo dei Frati 3**

denominazione ed indirizzo della cassa
malattia estera:

via / n. _____

CAP / luogo _____

Il / la dichiarante

Data