

Formazione residenziale classica

MOBILITÀ SANITARIA INTERNAZIONALE: ASSISTENZA AI CITTADINI UE ED EXTRA UE IN FVG E ASSISTENZA AI CITTADINI ISCRITTI AL SSR-FVG NEI PAESI UE ED EXTRA UE

ASUFC_23350

1ª edizione

8/6/2023 Aula F 4° Piano

15/6/2023 Aula informatica Piano terra

Orario 14.00-17.30

**presso la Palazzina Formazione, PAD. 14
Piazz.le S.M. Misericordia, 11—Udine**



RESPONSABILI ISCIENITICI

Dott. **Stefano Bergagna**
DIR. AMM. FUNZ. OSPEDALIERE
ASUFC

Dott. **Leopoldo Comisso**
Ref. Mobilità Sanitaria Internazionale
DIP. AMM. DI PRESIDIO
ASUFC

PROVIDER ECM FVG-ASUFC

Formazione e Aggiornamento
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli
Centrale

Responsabile: Dott.ssa **Marina Barbo**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Formazione e Aggiornamento
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Tel. 0432-921470 **Fax.** 0432-554381
email: stefano.zanus@asu.fc.sanita.fvg.it

Destinatari: Profili amministrativi no ECM

Obiettivo formativo: n. 2 — Linee guida — protocolli — procedure

*La partecipazione è gratuita. Si accettano iscrizioni fino ad esaurimento dei 20 posti disponibili.
Verificare la disponibilità telefonando alla Segreteria, dal lunedì al venerdì, dalle ore 10:30 alle 13:30.*

Regolamenti UE di Sicurezza sociale Reg . 883/04 - Reg. 987/09

Sistema nazionale informativo sulla
mobilità sanitaria internazionale (NSMI)

Gestione attestati NSMI-TECAS - S1 e S2

Il sistema informativo sulla mobilità internazionale (NSMI) è un sistema riservato agli operatori di istituzioni pubbliche abilitate. Esso permette la comunicazione tra le istituzioni del SSN, le Regioni - Province autonome, il Ministero della Salute per quanto riguarda la mobilità sanitaria dei cittadini all'interno dell'Unione Europea e verso i Paesi non UE con i quali sono in vigore delle convenzioni -accordi.

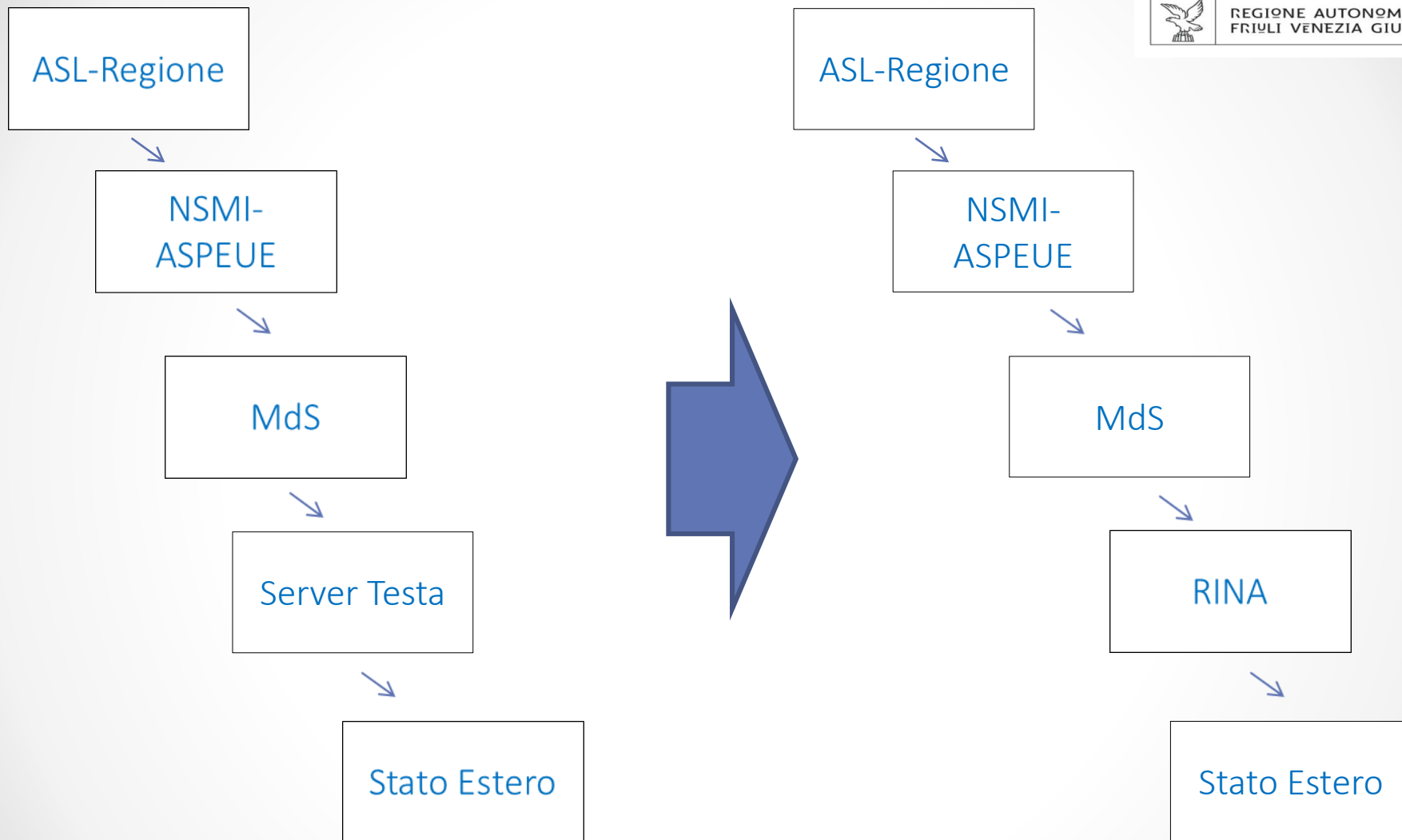
ASPE-UE , “Assistenza sanitaria nei Paesi dell'Unione europea” permette:
di inserire le proprie fatture a credito (modelli E125 ed E127 rimborsi per la assistenza sanitaria fornita ad assistiti UE ed equiparati da strutture sanitarie italiane); di verificare le fatturazioni a debito provenienti dagli stati UE, SEE e Svizzera a carico (prestazioni erogate ad assistiti italiani in mobilità sanitaria in Europa).

ASPE-C, “Assistenza sanitaria nei paesi esteri in convenzione”
permette la trasmissione della documentazione contabile collegata alla applicazione delle Convenzioni internazionali in materia di sicurezza sociale stipulate con i Paesi non aderenti all'Unione Europea.

TECAS, “Trasferimenti all'estero per cure di altissima specializzazione”
garantisce lo scambio completo e continuativo delle informazioni sulle richieste di trasferimenti all'estero degli iscritti –affiliati al Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN).

A livello UE è stato messo a disposizione degli Stati membri, una infrastruttura comune, il sistema integrato EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information), mentre ai singoli membri spetta la attivazione degli applicativi nazionali di collegamento ad EESSI





Documenti portabili (formulari europei attestanti il diritto)
Formulari vecchia serie Ex E100 (cartacei)
Moduli SED cartacei
Moduli SED informatici

L'uso di diversi documenti, non deve portare a una perdita di diritti per i cittadini.

S1 = (formulari vecchia serie Ex E100)
Ex E106
Ex E109
Ex E120
Ex E121

S2 = (formulario vecchia serie Ex E100)
Ex E112

I SEDs sono stati pensati per lo scambio elettronico e quando con EESSI a regime e RINA pienamente operativo, la procedura digitale sarà perfettamente funzionante, le informazioni viaggeranno in tempo reale da istituzione a istituzione.

In caso di intoppi, al fine di garantire i diritti dei cittadini, gli Uffici anagrafe, possono usare anche i moduli cartacei.

Gli attestati di diritto consentono a determinate categorie di cittadini affiliati ai Sistemi sanitari UE che lavorano e/o vivono in uno Stato UE o SEE o uno stato straniero convenzionato diverso da quello in cui sono assicurati (affiliati) , ed ai loro familiari, di ricevere prestazioni sanitarie .

Tipologie di attestati:

mod. S1 (ex E106), o modello equipollente previsto in caso di convenzione.

Viene rilasciato dal Paese di origine e permette di iscriversi al SSN nel Paese estero di residenza/dimora (per i lavoratori distaccati in Italia per conto di una ditta europea che ha sede al di fuori dell'Italia gli Uffici di ASU FC riceveranno il mod. S1 emesso dalla Istituzione estera, invece per i lavoratori distaccati all'estero per conto di una ditta che ha sede in Italia saranno gli Uffici delle anagrafi sanitarie distrettuali di ASU FC ad emettere il mod. S1 per l'iscrizione al SSN del Paese estero di residenza/dimora). Il mod S1, in questo caso, garantisce al lavoratore in distacco, al lavoratore frontaliero, allo studente (solo se con residenza), ed ai familiari a loro carico, ed anche al solo familiare di disoccupato ex lavoratore estero, una completa copertura sanitaria;

mod. S1 (ex E109), o modello equipollente previsto in caso di convenzione. Permette di iscriversi al SSN nel Paese estero (di residenza/dimora), ai familiari di lavoratore straniero, assicurando loro una completa copertura sanitaria;

mod. S1 (ex E121), o modello equipollente previsto in caso di convenzione . Permette una completa assistenza sanitaria al pensionato che ha trasferito la propria residenza in un Paese estero. La copertura sanitaria copre pure i familiari a carico del pensionato, che non necessariamente devono avere la residenza nello stesso Paese;

mod. S1 (ex E120), o modello equipollente previsto in caso di convenzione, garantisce una completa copertura sanitaria al richiedente la pensione che trasferisce la propria residenza in un Paese estero. L'assistenza sanitaria copre pure i familiari a carico del richiedente la pensione, che non necessariamente devono avere la residenza nello stesso Paese;

(nel caso del richiedente la pensione e nel caso del pensionato è necessario acquisire dai competenti istituti (o tramite l'assistito) una attestazione che certifichi la titolarità di una pensione contributiva)

mod. S2 (ex E112), modello equipollente previsto in caso di convenzione. Permette di usufruire di cure di altissima specializzazione - cure programmate presso Istituzioni di SSN estero o convenzionate con il SSN estero.

Documento portabile S1

Vanno compilati i
quadri 1, 3, 4 e 5;
compilando un
attestato per ciascun
assistito

Va acquisita, dai
competenti Istituti (o
attraverso l'assistito),
una certificazione
che, nel caso del
pensionato, attesti la
titolarità di una
pensione
contributiva, mentre
nel caso del
richiedente la
pensione, attesti la
presentazione della
domanda

Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

S1

Iscrizioni per la copertura sanitaria
Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato che comprova che voi e i membri della vostra famiglia avete diritto alle prestazioni in natura (vale a dire assistenza sanitaria, trattamento medico ecc.) di malattia, maternità e prestazioni equivalenti di paternità nel vostro paese di residenza. I familiari sono coperti soltanto se soddisfano alle condizioni stabilite nella legislazione del paese di residenza.
L'attestato deve essere presentato quanto prima all'istituzione sanitaria nel luogo di residenza (**).
Per un elenco delle istituzioni di assistenza sanitaria si rinvia a: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente	
1.2 Cognome/i	
1.3 Nomi/i	
1.4 Cognome alla nascita (***)	
1.5 Data di nascita	
1.6 Indirizzo nel paese di residenza	
1.6.1 Via, n.	1.6.3 Codice postale
1.6.2 Città	1.6.4 Codice paese
1.7 Status	
<input type="checkbox"/> 1.7.1 Assicurato	<input type="checkbox"/> 1.7.2 Familiare dell'assicurato
<input type="checkbox"/> 1.7.3 Pensionato	<input type="checkbox"/> 1.7.4 Familiare del pensionato
<input type="checkbox"/> 1.7.5 Richiedente la pensione o rendita	

2. PRESTAZIONI IN DENARO PER L'ASSISTENZA DI LUNGO PERIODO

<input type="checkbox"/> 2.1 Il possessore riceve prestazioni in denaro per l'assistenza di lungo periodo

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 17, 22, 34, 25, 26 e 34, e 987/2009 articoli 24 e 28.
(**) Per Spagna, Svezia e Portogallo il certificato deve essere presentato rispettivamente alla sede provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale (INSS), all'istituzione dell'assicurazione sociale e all'istituzione dell'assicurazione sociale del luogo di residenza.
(***) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

© Commissione europea

1/2

Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

S1

Iscrizioni per la copertura sanitaria

3. DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO
(da compilarsi se il possessore ha diritto ad assistenza sanitaria sulla base dell'assicurazione di un'altra persona)

3.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente	
3.2 Cognome	
3.3 Nomi	
3.4 Cognome alla nascita (*)	
3.5 Data di nascita	
3.6 Indirizzo dell'assicurato se diverso da quello riportato al punto 1.6	
3.6.1 Via, n.	3.6.3 Codice postale
3.6.2 Città	3.6.4 Codice paese

4. COPERTURA ASSICURATIVA DA:

4.1 Data d'inizio	4.2 Data finale
-------------------	-----------------


5. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO

5.1 Denominazione	
5.2 Via, n.	
5.3 Città	
5.4 Codice postale	5.5 Sigla paese
5.6 Numero di identificazione dell'istituzione	
5.7 Fax ufficio n.	
5.8 Telefono ufficio n.	
5.9 E-mail	
5.10 Data	
5.11 Firma	

TIMERO

(*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

2/2

S1  Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale

Iscrizioni per la copertura sanitaria
Regolamenti UE 883/04 e 98/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato che comprova che voi e i membri della vostra famiglia avete diritto alle prestazioni in natura (vale a dire assistenza sanitaria, trattamento medico ecc.) di malattia, maternità e prestazioni equivalenti di paternità nel vostro paese di residenza. I familiari sono coperti soltanto se soddisfano alle condizioni stabilite nella legislazione del paese di residenza.

L'attestato deve essere presentato quanto prima all'istituzione sanitaria nel luogo di residenza (**).

Per un elenco delle istituzioni di assistenza sanitaria si rinvia a: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente	
1.2 Cognome	
1.3 Nome	
1.4 Cognome alla nascita (**)	
1.5 Data di nascita	
1.6 Indirizzo nel paese di residenza	
1.6.1 Via, n.	1.6.3 Codice postale
1.6.2 Città	1.6.4 Codice paese
1.7 Status	
<input type="checkbox"/> 1.7.1 Assicurato	<input type="checkbox"/> 1.7.2 Familiare dell'assicurato
<input type="checkbox"/> 1.7.3 Pensionato	<input type="checkbox"/> 1.7.4 Familiare del pensionato
<input type="checkbox"/> 1.7.5 Richiedente la pensione o rendita	

2. PRESTAZIONI IN DENARO PER L'ASSISTENZA DI LUNGO PERIODO

☐ 2.1 Il possessore riceve prestazioni in denaro per l'assistenza di lungo periodo


(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 17, 22, 24, 25, 26 e 34, e 987/2009 articoli 24 e 28.
(**) Per Spagna, Svezia e Portogallo il certificato deve essere presentato rispettivamente alla sede provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale (INSS), all'istituzione dell'assicurazione sociale e all'istituzione dell'assicurazione sociale del luogo di residenza.
(***) Informazione fornita dall'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

© Commissione europea 1/2

quadro1:

dati anagrafici dell'assistito (dalla stringa 1.1 alla 1.6.4)

Status (stringa 1.7)
definisce la categoria dell'assistito, ad es.
si spunta "Assicurato" se lavoratore o
studente

S1  Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale

Iscrizioni per la copertura sanitaria

3. DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO
(da compilarsi se il possessore ha diritto ad assistenza sanitaria sulla base dell'assicurazione di un'altra persona)

3.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente
3.2 Cognome
3.3 Nomi
3.4 Cognome alla nascita (*)
3.5 Data di nascita
3.6 Indirizzo dell'assicurato se diverso da quello riportato al punto 1.6
3.6.1 Via, n. 3.6.3 Codice postale
3.6.2 Città 3.6.4 Codice paese

4. COPERTURA ASSICURATIVA DA/A:
4.1 Data d'inizio 4.2 Data finale

5. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

5.1 Denominazione
5.2 Via, n.
5.3 Città
5.4 Codice postale 5.5 Sigla paese
5.6 Numero di identificazione dell'istituzione
5.7 Fax ufficio n.
5.8 Telefono ufficio n.
5.9 E-mail
5.10 E-mail
5.11 Firma

TIMBRO

(*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.


2/2

quadro 3

Si compila se il diritto dell'assistito è derivato da una persona assicurata, indicando i dati di quest'ultima.

Per esempio se l'assistito indicato al quadro 1 è il familiare di un pensionato, al quadro 3 vanno indicati i dati relativi al pensionato

Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

S1 

Iscrizioni per la copertura sanitaria

3. DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:
(da compilarsi se il possessore ha diritto ad assistenza sanitaria sulla base dell'assicurazione di un'altra persona)

3.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente
3.2 Cognome
3.3 Nomi
3.4 Cognome alla nascita (*)
3.5 Data di nascita
3.6 Indirizzo dell'assicurato se diverso da quello riportato al punto 1.6
3.6.1 Via, n. 3.6.3 Codice postale
3.6.2 Città 3.6.4 Codice paese

4. COPERTURA ASSICURATIVA DA/A:

4.1 Data d'inizio 4.2 Data finale

5. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

5.1 Denominazione
5.2 Via, n.
5.3 Città
5.4 Codice postale 5.5 Sigla paese
5.6 Numero di identificazione dell'istituzione
5.7 Fax ufficio n.
5.8 Telefono ufficio n.
5.9 E-mail
5.10 E-mail
5.11 Firma

TIMBRO

(*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

2/2

quadro 4

Attestati E106, E109 ed E120:
validità annuale e rinnovabile (fatti
salvi periodi più brevi di validità).

Attestato E121, rilasciato per un
pensionato (e suo familiare) :
validità aperta (se il familiare
risiede in un Paese diverso
dall'assicurato la validità sarà di un
anno rinnovabile)

Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale

S1

Iscrizioni per la copertura sanitaria

3. DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO
(da compilarsi se il possessore ha diritto ad assistenza sanitaria sulla base dell'assicurazione di un'altra persona)

3.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente
3.2 Cognome
3.3 Nomi
3.4 Cognome alla nascita (*)
3.5 Data di nascita
3.6 Indirizzo dell'assicurato se diverso da quello riportato al punto 1.6
3.6.1 Via, n. 3.6.3 Codice postale
3.6.2 Città 3.6.4 Codice paese

4. COPERTURA ASSICURATIVA DA/A:
4.1 Data d'inizio 4.2 Data finale

5. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

5.1 Denominazione
5.2 Via, n.
5.3 Città
5.4 Codice postale 5.5 Sigla paese
5.6 Numero di identificazione dell'istituzione
5.7 Fax ufficio n.
5.8 Telefono ufficio n.
5.9 E-mail
5.10 E-mail
5.11 Firma

(*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

2/2

Quadro 5

Vanno indicati i dati dell'istituzione competente, compilando tutti i campi dal 5.1 al 5.11 compresi numero di telefono, fax, pec ASU FC ed email ufficio

numero identificativo dell'Istituzione (campo 5.6), anteporre il codice 80 al codice identificativo a 6 cifre (per ASU FC il cod. è 060206)
quindi si avrà
060206 → 80060206

(solo per i formulari comunitari e nei rapporti Stati UE, SEE e Svizzera)
la denominazione del distretto non va inserita

(formulari vecchia serie ex E100)

ex E106

ex E109

ex E120

ex E121



S1

Ragionando in termini di SEDs:

un **SED** è composto da due documenti differenti ci sarà quindi un documento **domanda** ed un documento **risposta**

S071 parte A del mod ex E107, per richiesta di modelli: ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121

S072 parte B del mod ex E107 e parte A dei mod ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121 oppure informazione che non c'è diritto

S073 parte B di notifica ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121 oppure parte B di ex E107) o informazione che non c'è diritto

Nel formulario S1 che si riceve dall'estero non è prevista la notifica. La notifica la si fa con il SED S073

Analogamente quando viene rilasciato da ASU FC un S1 per un proprio assistito, relativamente alla notifica di avvenuta iscrizione da parte della istituzione estera, ASU FC accetterà un SED S073 o eventualmente la parte B di un modello ex E106 /ex E109 /ex E120/ ex E121



S2



Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

Diritto alle cure programmate

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato di diritto a certe cure mediche all'estero. Se presentate l'attestato all'istituzione sanitaria nel paese in cui saranno fornite le cure riceverete un trattamento medico alle stesse condizioni delle persone assicurate in tale paese.

Potreste eventualmente avere diritto a un rimborso supplementare conformemente alle tariffe di rimborso nazionali. La vostra istituzione sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni sanitarie si rinvia a:

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1	Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente		
1.2	Cognome/i		
1.3	Nome/i		
1.4	Cognome alla nascita (*)		
1.5	Data di nascita		
1.6	Indirizzo attuale		
1.6.1	Via, n.	1.6.3	Codice postale
1.6.2	Città	1.6.4	Codice paese

2. TIPO E LUOGO DELLE CURE

2.1	Cure		
2.2	Luogo delle cure		
2.3	Periodo previsto delle cure		
2.3.1	Data di inizio	2.3.2	Data finale

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 20, 27 e 36, e 987/2009, articoli 26 e 33.

(**) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

S2



Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

Diritto alle cure programmate

3. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO

3.1	Denominazione		
3.2	Via, n.		
3.3	Città		
3.4	Codice postale	3.5	Sigla paese
3.6	Numero di identificazione dell'istituzione		
3.7	Fax ufficio n.		
3.8	Telefono ufficio n.		
3.9	E-mail		
3.10	Data		
3.11	Firma		

TIMBRO

Formulario cartaceo
portabile S2

Quadro 1

Da stringa 1.1
a stringa 1.6.4
Si riportano i dati anagrafici
dell'assistito

S2



Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

Diritto alle cure programmate

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato di diritto a certe cure mediche all'estero. Se presentate l'attestato all'istituzione sanitaria nel paese in cui saranno fornite le cure riceverete un trattamento medico alle stesse condizioni delle persone assicurate in tale paese.

Potrete eventualmente avere diritto a un rimborso supplementare conformemente alle tariffe di rimborso nazionali. La vostra istituzione sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni sanitarie si rinvia a:

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1	Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente		
1.2	Cognome/i		
1.3	Nome/i		
1.4	Cognome alla nascita (*)		
1.5	Data di nascita		
1.6	Indirizzo attuale		
1.6.1	Via, n.	1.6.3	Codice postale
1.6.2	Città	1.6.4	Codice paese

2. TIPO E LUOGO DELLE CURE

2.1	Cure
2.2	Luogo delle cure
2.3	Periodo previsto delle cure
2.3.1	Data di inizio
2.3.2	Data finale

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 20, 27 e 36, e 987/2009, articoli 26 e 33.

(**) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

S2



Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

Diritto alle cure programmate

3. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO

3.1	Denominazione		
3.2	Via, n.		
3.3	Città		
3.4	Codice postale	3.5	Sigla paese
3.6	Numero di identificazione dell'istituzione		
3.7	Fax ufficio n.		
3.8	Telefono ufficio n.		
3.9	E-mail		
3.10	Data		
3.11	Firma		

TIMBRO

Formulario
cartaceo
portabile S2

Quadro 2

Stringhe 2.1

- 1) inizio cure
- 2) proseguimento cure
- 3) invio campioni biologici

Stringa 2.2
località estera

Stringa 2.3
copertura attestato

S2



Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

Diritto alle cure programmate

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (*)

AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato di diritto a certe cure mediche all'estero. Se presentate l'attestato all'istituzione sanitaria nel paese in cui saranno fornite le cure riceverete un trattamento medico alle stesse condizioni delle persone assicurate in tale paese.

Potrete eventualmente avere diritto a un rimborso supplementare conformemente alle tariffe di rimborso nazionali. La vostra istituzione sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni sanitarie si rinvia a:

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1	Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente		
1.2	Cognome/i		
1.3	Nome/i		
1.4	Cognome alla nascita (**)		
1.5	Data di nascita		
1.6	Indirizzo attuale		
1.6.1	Via, n.	1.6.3	Codice postale
1.6.2	Città	1.6.4	Codice paese

2. TIPO E LUOGO DELLE CURE

2.1	Cure
2.2	Luogo delle cure
2.3	Periodo previsto delle cure
2.3.1	Data di inizio
2.3.2	Data finale

(*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 20, 27 e 36, e 987/2009, articoli 26 e 33.

(**) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

S2



Coordinamento dei sistemi
di sicurezza sociale

Diritto alle cure programmate

3. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO

3.1	Denominazione		
3.2	Via, n.		
3.3	Città		
3.4	Codice postale	3.5	Sigla paese
3.6	Numero di identificazione dell'istituzione		
3.7	Fax ufficio n.		
3.8	Telefono ufficio n.		
3.9	E-mail		
3.10	Data		
3.11	Firma		

TIMBRO

Formulario
cartaceo
portabile S2

Quadro3

dati della istituzione
competente (come
indicazioni S1)

Compilazione di un mod. S1 ed S2 utilizzando NSMI/TECAS

Con NSMI/TECAS Non si compilava direttamente un S1 od un S2, ma dei quadri che corrispondevano ad un SED S072 (per l'S1) o corrispondono ad un SED S010 (per l'emissione del documento portabile S2, partendo dalla compilazione del modello TRS), che riportano un maggiore numero di informazioni rispetto a quelle che compariranno sui documenti portabili.

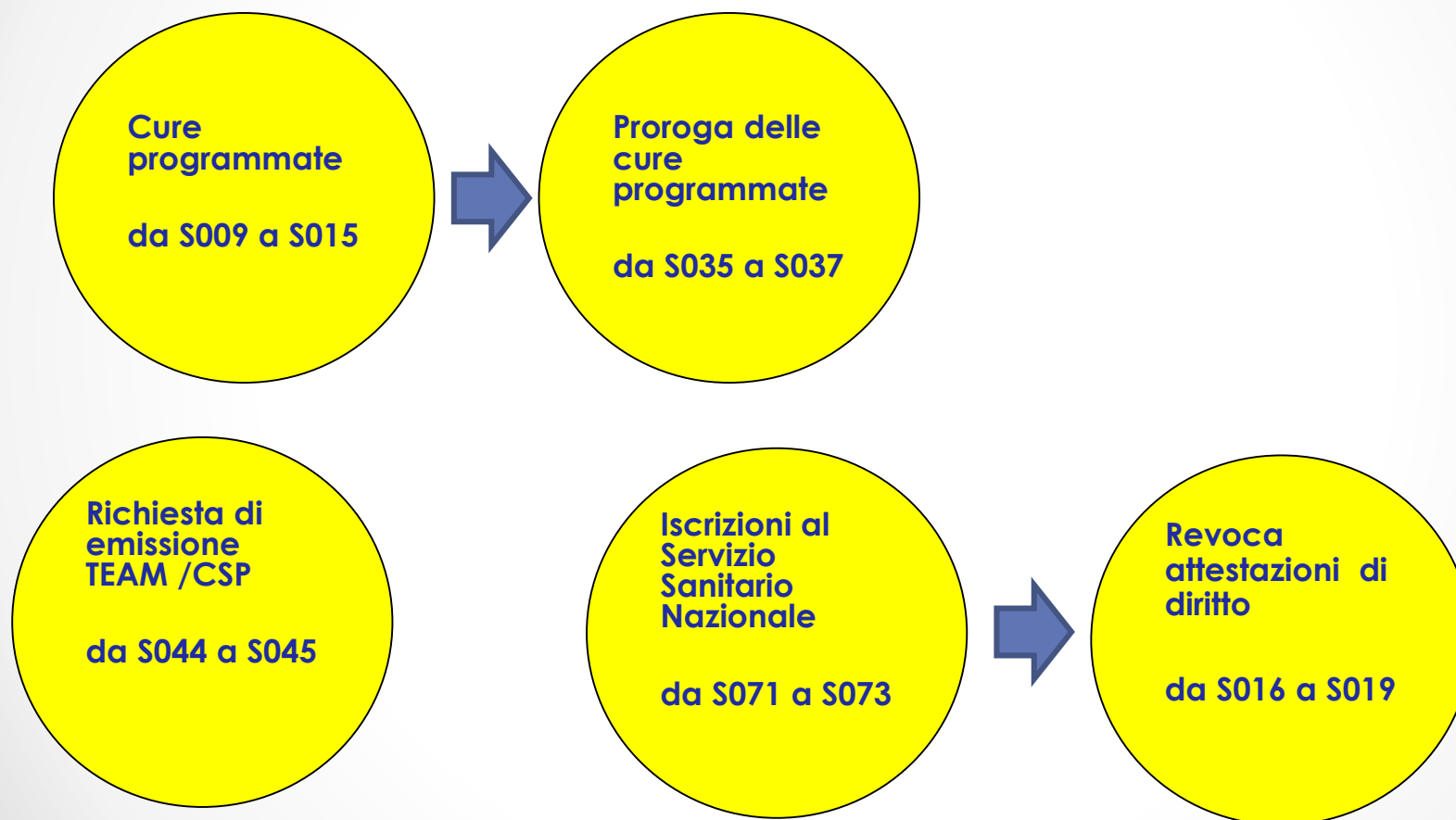
Ora TECAS lo si usa solo per la emissione del mod. S2

tipologie di SEDs , serie S (sickness-malattia)

Richiesta di
informazioni
(ASL)

Attestati di
diritto
(ASL - MdS)

SEDs attestati di diritto



SEDs → richiesta di informazioni

**Richiesta-risposta
dei periodi
assicurati per
malattia maternità**

da S040 a S041

**Richiesta-risposta
Tariffazione
prestazioni**

da S067 a S068

Passaggio da modelli E100 a SEDs

Un SED è composto da una richiesta e da una risposta su due documenti distinti.

Al modello E001 per la richiesta/comunicazione di informazioni, sollecito.... Relativamente a lavoratore ...ecc. non corrisponde un SED che copre tutte le opzioni di utilizzo del formulario E001

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE		E 001	I (1)								
<input type="checkbox"/> Richiesta di informazioni	<input type="checkbox"/> lavoratore subordinato										
<input type="checkbox"/> Comunicazione di informazioni	<input type="checkbox"/> lavoratore autonomo										
<input type="checkbox"/> Richiesta di moduli	<input type="checkbox"/> lavoratore frontaliero										
<input type="checkbox"/> Sollecito	<input type="checkbox"/> relativamente a titolare di pensione										
	<input type="checkbox"/> richiedente la pensione o rendita										
	<input type="checkbox"/> lavoratore disoccupato										
	<input type="checkbox"/> avente diritto										
<p><i>Regolamento (CEE) n. 1408/71: art.84</i></p> <p><i>L'istituzione mittente compila la parte A e invia due copie del presente formulario all'istituzione destinatari. Quest'ultima compila la parte B e rinvia una copia all'istituzione mittente. Il modulo va utilizzato come completamento ad altri moduli o come base per scambi d'informazione tra Istituzioni, scambi non contemplati nei moduli correttamente utilizzati. Esso non può essere utilizzato al posto di un altro modulo.</i></p> <p>Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. E' costituito da 4</p> <p>pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata</p>											
Parte A											
<table border="1"><thead><tr><th>1</th><th>Istituzione destinataria</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.1</td><td>Denominazione:</td></tr><tr><td>1.2</td><td>Numero di identificazione dell'istituzione:</td></tr><tr><td>1.3</td><td>Indirizzo:</td></tr><tr><td></td><td>.....</td></tr></tbody></table>	1	Istituzione destinataria	1.1	Denominazione:	1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:	1.3	Indirizzo:	
1	Istituzione destinataria										
1.1	Denominazione:										
1.2	Numero di identificazione dell'istituzione:										
1.3	Indirizzo:										
										

il mod. E107 consentiva di richiedere gli attestati di diritto., mentre utilizzando i SEDs ce ne è uno per ogni tipo di attestato che si necessita di richiedere (per es. si dovrà usare il mod S071 per la richiesta di emissione del mod. E106 oppure il mod S044 per richiedere il rilascio della TEAM o CSP)

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA
PER LA SICUREZZA SOCIALE
DEI LAVORATORI MIGRANTI
*

E 107

I

(1)

RICHIESTA DI UN ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA

Reg. 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 22.1.a.i, b.i e c.i; art. 22.3; art. 25.1.a e 3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a; art. 31.a; art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i e c.i

Reg. 574/72: art. 17.1; art. 21.1; art. 22.1 e 3; art. 23; art. 27, prima frase; art. 28; art. 29.1 e 2; art. 30.1; art. 31.1 e 3; art. 60.1; art. 62.3, 4 e 7; art. 63.1 e 3

L'Istituzione del luogo di residenza o di dimora compila la parte A e invia due copie del modulo all'istituzione competente, tenuto conto delle disposizioni dei summenzionati articoli del Reg. CEE 574/72. se l'istituzione ritiene di non poter inviare il modulo richiesto, deve compilare la parte B e rinviare una copia dello due copie all'istituzione mittente. Ove il paese competente sia il Belgio, il modulo va trasmesso all'istituzione di assicurazione malattia, salvo si tratti di infortunio sul lavoro accertato o di malattia di cui sia stato riconosciuto il carattere professionale..

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. E' costituito da 4 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata

A. Da compilare parte dell'istituto di residenza o di dimora

1

Istituzione destinataria

1.1 Denominazione:

1.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

1.3 Indirizzo:



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Passaggio da modelli E100 a SEDs

il mod. E126 richiesta di tariffazione aveva la parte B che veniva compilata in risposta dall'istituzione estera erogatrice delle cure
adesso tale richiesta si deve fare con due SEDs: se richiesta di tariffazione si fa con S067, se risposta si fa con S068

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER LA SICUREZZA SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI

tratti allegati, a pagina 3
F 126 **T** (1)

TARIFE PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN NATURA

Regolamento (CEE) n. 1408/71: articolo 22 paragrafo 1, lettera a); articolo 22, paragrafo 3, articolo 31, lettera a); articolo 34, lettera a);
Regolamento (CEE) n. 574/72: articolo 34

L'istituzione compila la parte A del formulario e ne invia, direttamente o tramite un organismo di collegamento, due copie all'istituzione che avrebbe dovuto fornire le prestazioni alla persona interessata nel paese di dimora. L'istituzione del luogo di dimora, dopo aver compilato la parte B del modulo, invia una copia all'istituzione competente.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. E' costituito da 3 pagine

A. Richiesta

1. ☐ **Istituzione destinataria (1)**

1.1 Denominazione: **CENTRE DES LIAISONS EUROPEENNES ET**

1.2 Numero di identificazione dell'istituzione: **INTERNATIONALES DE SECURITE' SOCIALE (CLEISS)**

1.3 Indirizzo (1): **11 Rue de la Tour des Dames
75436 PARIS CEDEX 09**

2. ☐ **Persona avente diritto**

2.1 Cognome (1) (1): **DAL FORNO**

2.2 Cognome da nubile (se diverso):

2.3 Nome(i): **HELLEN** Data di nascita: **15/06/1987**

2.4 Numero di identificazione personale: **W6K7P9 C F- DLPHLN87H56C2840**

2.5 La persona è era

☐ un lavoratore subordinato

☐ lavoratore autonomo

☐ un lavoratore frontaliere (disoccupato)

☐ un lavoratore frontaliere (autonomo)

☐ un lavoratore disoccupato

3. **Familiare che ha ricevuto le cure**

3.1 Cognome(i) (1):

3.2 Nome(i): Data di nascita:

3.3 Numero di identificazione personale:

4. **La persona sopra indicata**

4.1 durante una temporanea dimora in **FRANCIA** (paese)

4.2 a (città)

4.3 ha pagato personalmente le prestazioni necessate.

5. Si prega di indicare sulle ricevute annessa, per ogni prestazione, l'importo da rimborsare secondo le tariffe applicate dall'istituzione del paese di permanenza. Unicamente per il Lussemburgo, indicare l'importo del contributo a carico dell'interessato

6. In allegato figurano ricevute.

E 126

7. **Istituzione competente**

7.1 Denominazione: **A.S.S. N°6 "BASSA FRIULANA"**

7.2 Numero di identificazione dell'istituzione: **060106**

7.3 Indirizzo (1): **Via Nazionale, 11
33067 PALMANOVA (UDINE) IT**

7.4 Timbro

7.5 Data

7.6 Firma

B. Risposta

8. In allegato figurano ricevute con le tariffe richieste

9. ☐ Importo da rimborsare ☐ Nessun rimborso

10. Osservazioni:

11. **Istituzione del luogo di dimora**

11.1 Denominazione: Numero di codice (104):

11.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

11.3 Indirizzo (1):

11.4 Timbro

11.5 Data

11.6 Firma

NOTE

- (1) Sigla del Paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; NL = Olanda; NO = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (2) Ove l'istituzione che avrebbe dovuto corrispondere le prestazioni in natura, non sia nota, si trasmetta il modulo all'organismo di collegamento del paese di dimora, ovvero:
- in Belgio, all'"Institut national d'assurance maladie-invalidité" (INAMI) (istituto nazionale di assicurazioni malattie-invalidità), Bruxelles;
 - nella Repubblica ceca, all'"CMU" (centro per i rimborsi internazionali) Praga;
 - in Danimarca, al ministero degli interni e della sanità, Copenhagen;
 - in Germania, all'"DVL" (ente di collegamento tedesco per l'assicurazione malattia - servizio internazionale), Bonn;
 - in Estonia, all'"Eesti Haigekassa" (fondo assicurazione malattia);
 - in Grecia, all'ufficio regionale o locale del "fondo di assicurazioni sociali" (ICAT); quando si tratta di un marittimo, la cassa pensione marittimi (NAT);
 - in Spagna, all'"Instituto Nacional de la Seguridad Social" (istituto nazionale della sicurezza sociale) a Madrid;
 - in Francia, al "Centre des Liaisons européennes internationales de sécurité sociale" (Clicsa) (centro relazioni europee ed internazionali per la sicurezza sociale), Parigi;
 - in Irlanda, al "Department of Health" (ministero della sanità), Dublino;
 - in Italia, il ministero della sanità, Roma;
 - a Cipro, all'"Trochilios Clinic" (ministero della sanità, 1443 Leoforos);
 - in Lettonia, all'"Pasaļības obligātā apdrošināšanas valsts aģentūra" (ente statale assicurazione malattia obbligatoria), Riga;
 - in Lituania, al "Territorinis ligonių kasos" (fondo territoriale dei pazienti), Vilnius;
 - in Lussemburgo, all'"Union des Caisses de maladie" (unione casse di malattia), Lussemburgo;
 - in Ungheria, all'"Országos Egészségbiztosítási Pénztár" (fondo nazionale di assicurazione malattia), Budapest;
 - a Malta, all'"Entitlement Unit, Ministry of Health" (ministero della sanità), 23, St. John Street, Valletta;
 - nei Paesi Bassi, all'"Agis Zorgverzekerings" (cassa mutua generale di malattia dei Paesi Bassi), Utrecht;
 - in Austria, all'"Bundesverband österreichischer Sozialversicherungsgeber" (associazione principale degli istituti di sicurezza sociali austriaci), Vienna;
 - in Polonia, al "Narodowy Fundusz Zdrowia" (fondo sanitario nazionale), Warszawa;

E 126

- in Portogallo, al "Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Dipartimento delle relazioni internazionali e convenzioni di sicurezza sociale) a Lisbona;
 - in Slovenia, all'"Zvezdica zdravstveno varovanje Slovenije - Direkcija" (istituto assicurativo sanitario della Slovenia - Direzione), Ljubljana;
 - in Slovacchia, all'"Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou" (autorità di controllo delle cure sanitarie), Bratislava;
 - in Finlandia, al "Kansaneläkelaitos" (istituto di sicurezza sociale), Helsinki;
 - in Svezia, al "Allmänna försäkringsverket" (ufficio nazionale di sicurezza sociale), Stoccolma;
 - in Islanda, al "Tryggingastofnun ríkissins", Reykjavik;
 - in Liechtenstein, all'"Amt für Volkswirtschaft" (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;
 - in Norvegia, al "Rikstrygdeverket" (amministrazione dell'assicurazione nazionale), Oslo;
 - in Svizzera, all'"Institution communale LAM - Institution commune LAM - Gemeine Einrichtung KTG", Solothurn.
- (1) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

Passaggio da modelli E100 a SEDs

il mod. E108 «notifica di sospensione o di soppressione del diritto alle prestazioni in natura» viene sostituito con due SEDs uno quando compilato a cura dell'Istituzione competente e l'altro quando viene inviato dell'Istituzione del Paese di residenza. Ognuno ha un corrispondente SED per la risposta (S016-S017 / S018-S019)

**COMMISSIONE AMMINISTRATIVA
PER LA SICUREZZA SOCIALE
DEI LAVORATORI MIGRANTI**

E 108 **I** ⁽¹⁾

**NOTIFICA DI SOSPENSIONE O DI SOPPRESSIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DI
ASSICURAZIONE
MALATTIA E MATERNITÀ**

Personae residenti in un paese diverso da quello competente

*Reg. (CE) 448/71, art. 19.1 a e 2; art. 29.3 a; art. 26.1; art. 28.1 a; art. 29.1 a
Reg. (CEE) 574/72, art. 17.2 e 3; art. 27; art. 28; art. 29.3; art. 30; art. 94.4, art. 95.4*

L'istituzione competente o l'istituzione del luogo di residenza deve compilare la parte A del modulo e inviare due esemplari all'istituzione del luogo di residenza o all'istituzione competente (eventualmente tramite l'organismo di collegamento). L'istituzione che riceve il modulo deve compilare la parte B e restituire una copia all'istituzione mittente.

Il modulo deve essere compilato in stampatello, utilizzando unicamente le apposite linee tratteggiate. E' costituito da 3 pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata

A. Notizie

1 **Istituzione destinataria**

1.1 Denominazione:

1.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

1.3 Indirizzo:

2

☐ Lavoratore subordinato ☐ Lavoratore frontaliere (subordinato)
☐ Lavoratore autonomo ☐ Lavoratore frontaliere (autonomo)
☐ Pensionato di vecchiaia
☐ Titolare di pensione (regime dei lavoratori subordinati)
☐ Titolare di pensione (regime dei lavoratori autonomi)
☐ Richiedente la pensione o rendita

2.1 Cognome (ital.):

2.2 Nome (ital.): Data di nascita:

2.3 Cognome da nubile:

2.4 Indirizzo nel Paese di residenza:

2.5 Numero di identificazione personale (ital.):

3 **Familiare (ital.)**

3.1 Cognome (ital.):

3.2 Nome (ital.): Data di nascita:

3.3 Cognome da nubile:

3.4 Indirizzo nel Paese di residenza:

3.5 Numero di identificazione personale:

E 108

4 Il diritto a prestazioni attenuato con il numero ☐ vostro ☐ formulario

5 è stato sospeso o soppresso per il seguente motivo:

4.1 ☐ l'assicurazione della persona sopra menzionata è scaduta il

4.2 ☐ nessuno dei familiari iscritti della persona assicurata ha risieduto più nel nostro ☐ vostro ☐ paese dal

4.3 ☐ la pensione o la rendita del titolare predetto è stata sospesa o soppressa dal

4.4 ☐ il titolare del diritto alle prestazioni di cui al punto 2
☐ il familiare di cui al punto 3
☐ non ha risieduto nel nostro ☐ vostro ☐ paese dal (data)
☐ è deceduto il (data)

4.5 ☐ Il familiare di cui al punto 3 non soddisfa più le condizioni richieste dalla legislazione dello stato di residenza dal

4.6 ☐ (n)

5 ☐ Istituzione competente ☐ Istituzione del luogo di residenza

5.1 Denominazione:

5.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

5.3 Indirizzo:

5.4 Timbro 5.5 Data
5.6 Firma

B. Arrivo di ricezione della notifica

6 Abbiamo ricevuto la notifica (parte A) il

7 ☐ L'iscrizione della persona indicata nella parte A si è conclusa il
☐ Confermiamo la sospensione o la soppressione del diritto alle prestazioni di cui al punto 4 e che entra in vigore il

8 ☐ Istituzione del luogo di residenza ☐ Istituzione competente

8.1 Denominazione:

8.2 Numero di identificazione dell'istituzione:

8.3 Indirizzo:

8.4 Timbro 8.5 Data
8.6 Firma

E 108

NOTE

(1) Segni del paese dell'istituzione che compila il modulo: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FN = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.

(2) Indicare tutti i cognomi nell'ordine dello stato civile.

(3) Indicare tutti i nomi nell'ordine dello stato civile.

(4) Per le istituzioni italiane, indicare il "codice fiscale".

Per le istituzioni maltesi, indicare il numero di carta d'identità per i cittadini maltesi; per i cittadini non maltesi indicare il numero di sicurezza sociale maltese.

Per le istituzioni slovacche, indicare il numero di nascita slovacco, se del caso.

Per le istituzioni spagnole, fornire il numero indicato sulla DNI per i cittadini spagnoli; per i cittadini non spagnoli il numero indicato sulla NIE. Se il periodo di validità della DNI o NIE è scaduto, indicare "nulla".

(5) Compilare se la cessazione del diritto alle prestazioni interessa i familiari.

(6) Il motivo della sospensione/soppressione va utilizzato utilizzando le lettere seguenti:

a) Il titolare della persona ha iniziato una attività nel paese di residenza.

b) Un familiare ha iniziato una attività nel paese di residenza.

c) Mancato versamento dei contributi.

d) Altro.

Passaggio da modelli E100 a SEDs

Il sistema EESSI prevede lo scambio elettronico dei SEDs e dovrebbe (DOVEVA) andare in automatico facendo viaggiare le informazioni in tempo reale fra le Istituzioni dei vari Stati membri, utilizzando al interfaccia RINA però ad oggi (giugno 2023) RINA non è pienamente operativo e quindi nella gestione delle pratiche si incontrano e si usano i modelli cartacei di S1, nonché i modelli cartacei dei SEDs digitali (si possono incontrare ancora i formulari della serie E100), a causa dei continui malfunzionamenti o addirittura blocchi di RINA e del non ancora completo allineamento di tutte le istituzioni dei Paesi membri

Principali corrispondenze tra SEDs e mod. serie E100

S071	(parte A di ex E107) richiesta di: ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121
S072	(Parte B di ex E107 e parte A di ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121) oppure informazione che non c'è diritto
S073	(Parte B di) notifica di ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121 oppure (parte B di ex E107) o info. che non c'è diritto
S016	(parte A di ex E108, ex E001) notizia cancellazione o modifica da parte dell'istituzione competente ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121
S017	(Parte B di ex E108, ex E001) risposta cancellazione o modifica ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121
S018	(parte A di ex E108, ex E001) notizia cancellazione o modifica da parte dell'istituzione di residenza ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121
S019	(Parte B di ex E108, ex E001) risposta cancellazione o modifica ex E106, ex E109, ex E120 o ex E121

Principali corrispondenze tra SEDs e mod. serie E100

- S009 (Parte A di ex E 107) richiesta di ex E112
- S010 (Parte B di ex E107) invio ex E112 o informazione che non c'è il diritto
- S044 (Parte A di ex E107) richiesta TEAM o CSP certificato sostitutivo provvisorio
- S045 (Parte B di ex E107) invio TEAM o certificato sostitutivo provvisorio o informazione che non c'è il diritto
- S040 (parte A di ex E104, ex E107 o ex E001) richiesta di ex E104 per totalizzazione periodi occupazione assicurativi ecc..
- S041 (parte B di ex E104, ex E107 o ex E001) invio ex E104 oppure risposta negativa di mancato invio
- S067 (parte A di ex E126 o ex E001) richiesta di tariffazione
- S068 (parte B di ex E126, ex E001) risposta ad ex E126 con indicazione degli importi da rimborsare (tariffazione)

In tutti i SEDs sono presenti i seguenti elementi in comune:

- ✓ Numero di pratica
- ✓ Quadro istituzione mittente
- ✓ Quadro istituzione destinataria
- ✓ Dati assicurato
- ✓ Status
- ✓ Quadro persona da cui deriva il diritto



S067

2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Nazionalità	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Informazioni sulle cure

3.1 Le cure sono state prestate a (nome della città)	[65].....
3.2 Numero fatture allegate*	[integer].....
3.3 Tipo di cure*	<input type="checkbox"/> Cure necessarie <input type="checkbox"/> Cure programmate

Firma dell'istituzione mittente:

Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

Richiesta Tariffazione

SED S067 < -> parte A di ex E126

quadro 3 informazioni sulle cure:

località di erogazione della prestazione,

numero di fatture ricevute allegate,

indicazione se le cure erano necessarie o programmate



S068

2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Nazionalità	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Informazioni supplementari

3.1 Tipo di cure*	<input type="checkbox"/> Cure necessarie <input type="checkbox"/> Cure programmate
3.2 Informazioni su rimborso costi*	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si prega di compilare le voci che seguono se "Informazioni su rimborso costi" = "Si" :	
3.3 Importo	
3.3.1 Importo	[decimal].....
3.3.2 Valuta	[From Currency list].....
3.4 Condizioni tariffarie rimborso	[decimal].....
3.5 Informazioni supplementari sul rimborso	[255].....

Firma dell'istituzione mittente:

Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

Risposta a richiesta Tariffazione

SED S068 < -> parte B di ex E126

quadro 3 informazioni supplementari

si risponde indicando:

il tipo di cure (se necessarie o programmate)

se diritto al rimborso o no

se si, si riportano il valore da rimborsare

e la valuta Euro o valuta in uso

2.1.4 Sesso
☐ F
☐ M
☐ Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:
☐ Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:
☐ Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Nazionalità [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo della persona

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Stato [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

4. Richiesta

4.1 In qualità di istituzione competente, nella cui legislazione l'acquisizione, il mantenimento, la durata o il recupero del diritto alle prestazioni di malattia, maternità e paternità assimilate*

☐ in contanti
☐ in natura

4.2 sono subordinati al maturare dei relativi periodi, vi chiediamo di confermare i periodi di assicurazione, di occupazione, di attività lavorativa autonoma o di residenza maturati sotto la vostra legislazione dall'interessato.

4.2.1 Dal* [DD/MM/YYYY].....

4.2.2 Fino al [DD/MM/YYYY].....

5. Tipo di prestazione in questione*

☐ Malattia
☐ Maternità
☐ Paternità

6. Informazioni supplementari

6.1 Ulteriori informazioni [500].....

Firma dell'istituzione mittente:

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

Richiesta di periodi assicurativi (ex E104)

S040 <-> parte A di ex E104

quadro 4
 Richiesta delle prestazioni in natura
(A cura dell'ASL solo richiesta delle prestazioni in natura, se la richiesta pervenuta riporta barrato la dicitura «in contanti» la richiesta prevede una risposta a cura dell'Ente previdenziale)

quadro 5
 Prestazioni di malattia

S041

2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Nazionalità	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo dell'interessato	
3.1 Indirizzo	
3.1.1 Via	[155].....
3.1.2 Città	[65].....
3.1.3 Codice postale	[25].....
3.1.4 Regione	[65].....
3.1.5 Stato	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 Residenza in questo paese dal	[DD/MM/YYYY].....

4. In risposta al vostro S040 del	
4.1 del (inserire la data)*	[DD/MM/YYYY].....
4.2 Informazioni*	
Vi informiamo che la persona interessata non ha <input type="checkbox"/> maturato alcun periodo a norma della nostra legislazione Confermiamo che i periodi richiesti sono stati <input type="checkbox"/> maturati dalla persona interessata a norma della nostra legislazione	

5. Periodo assicurazione

S041

5.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
5.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....
5.3 Tipo di assicurazione	<input type="checkbox"/> Obbligatoria <input type="checkbox"/> Volontaria <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa continuata

6. Periodo occupazione	
6.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
6.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....

7. Periodo attività lavorativa autonoma	
7.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
7.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....

8. Periodo residenza	
8.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
8.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....

9. Informazioni supplementari	
9.1 Ulteriori informazioni	[500].....

Firma dell'istituzione mittente:	
Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

**Risposta a richiesta di
periodi assicurativi
(ex E104)**

S041 <-> parte B di ex E104

quadro 4
Riferimento al
documento-SED di
richiesta

Quadro 8
Periodi di residenza
(a cura dell'ASL nei casi di sua
competenza. La ASL deve indicare
i soli periodi di iscrizione al SSN
eventualmente, se possibile, può
attestare anche i periodi di
iscrizione maturati all'interno
della propria regione)

(i quadri dal 5 al 7 sono di
competenza dell'istituzione
previdenziale)



S044

2.1.2 Nome/i*	[155].....
2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Nazionalità	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)

3.1 Via	[155].....
3.2 Città	[65].....
3.3 Codice postale	[25].....
3.4 Regione	[65].....
3.5 Stato	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

4. Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)

- ☐ Lavoratore
☐ Familiare del lavoratore
☐ Lavoratore frontaliero
☐ Family member of frontier worker
☐ Pensionato
☐ Familiare di pensionato
☐ Persona non attiva
☐ Familiare di persona non attiva
☐ Richiedente una pensione

S044

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore" o "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Family member of frontier worker" o "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare di pensionato" o "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare di persona non attiva":

5. Familiare

5.1 Cognome	[155].....
5.2 Nome/i	[155].....
5.3 Data di nascita	[DD/MM/YYYY].....
5.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
5.5 Cognome alla nascita	[155].....

6. Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione*

6.1 Data di inizio	[DD/MM/YYYY].....
6.2 Data finale	[DD/MM/YYYY].....

Firma dell'istituzione mittente:

Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

Richiesta di TEAM o di CSP

SED S044 < -> parte A di ex E107

quadro 6
decorrenza e termine del diritto alla
prestazione.

compilare il quadro 2 se la richiesta riguarda solo il richiedente (in tal caso non va compilato il quadro 5 inerente al familiare).

Nello status si utilizza la categoria "persona non attiva" per tutte quelle situazioni che non rientrano tra quelle previste

S045

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore" o " Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Family member of frontier worker" o " Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Familiare di pensionato" o " Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Familiare di persona non attiva" :

5. Familiare

5.1 Cognome [155].....
5.2 Nome/i [155].....
5.3 Data di nascita [DD/MM/YYYY].....
5.4 Sesso
☐ F
☐ M
☐ Non noto
5.5 Cognome alla nascita [155].....

6. Informazioni sul diritto alla prestazione

6.1 Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione
6.1.1 Data di inizio [DD/MM/YYYY].....
6.1.2 Data finale [DD/MM/YYYY].....
6.2 Numero d'identificazione della tessera [integer].....

7. Informazioni sull'assenza di diritto alla prestazione

- ☐ Non assicurato in questo Stato membro dal
☐ Non ha diritto a prestazioni di malattia da parte di questo Stato membro
☐ Altri motivi
☐ Non noto in questa situazione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Informazioni sull'assenza di diritto alla prestazione" = "Non assicurato in questo Stato membro dal" :

8. Non assicurato dal

8.1 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Informazioni sull'assenza di diritto alla prestazione" = "Altri motivi" :

9. Altri motivi

9.1 Motivo [500].....

Firma dell'istituzione mittente:

Data [DD/MM/YYYY].....
Firma Timbro

Risposta a richiesta di TEAM o di CSP

SED S045 < -> parte B di ex E107

quadro 6
chiarimenti sul diritto

quadri 7, 8, 9
chiarimenti sul non avere titolo al
riconoscimento del diritto

S009

2.1.2 Nome/i*	[155].....
2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Cittadinanza	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo dell'interessato	
3.1 Indirizzo	
3.1.1 Via	[155].....
3.1.2 Città	[65].....
3.1.3 Codice postale	[25].....
3.1.4 Regione	[65].....
3.1.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 Residenza in questo paese dal	[DD/MM/YYYY].....

4. Richiesta di autorizzazione per cure programmate	
<input type="checkbox"/> Le cure non sono previste a norma della legislazione del nostro Stato membro L'interessato non può essere sottoposto a cure nel nostro Stato membro entro un lasso di tempo accettabile dal punto di vista medico	

5. Informazioni supplementari	
5.1 Caratteristiche delle cure	[255].....
5.2 Data della richiesta di autorizzazione dell'interessato	[DD/MM/YYYY].....

S009

5.3 Luogo cure programmate	
5.3.1 Via	[155].....
5.3.2 Città	[65].....
5.3.3 Codice postale	[25].....
5.3.4 Regione	[65].....
5.3.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
5.4 Nome del fornitore/erogatore	[155].....

Firma dell'istituzione mittente:	
Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

Richiesta di autorizzazione per cure programmate (ex E112)

S009

quadro 4
richiesta di autorizzazione per cure programmate

quadro 5
informazioni aggiuntive, chiarimenti sulle caratteristiche delle cure, data, luogo di cura

S010

2.1.2 Nome/i*	[155].....
2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome e della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Cittadinanza	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo dell'interessato

3.1 Indirizzo	
3.1.1 Via	[155].....
3.1.2 Città	[65].....
3.1.3 Codice postale	[25].....
3.1.4 Regione	[65].....
3.1.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 Residenza in questo paese dal	[DD/MM/YYYY].....

4. In relazione al vs.*

4.1 SED	[25].....
4.2 Dal	[DD/MM/YYYY].....

5. Autorizzazione cure programmate*

- ☐ è concessa
☐ non è concessa

6. Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione

S010

6.1 Decorrenza	[DD/MM/YYYY].....
6.2 Termine	[DD/MM/YYYY].....

7. Motivo del diniego della proroga del documento attestante il diritto alla prestazione

L'autorizzazione non è concessa in quanto le cure sono comprese tra le prestazioni previste a norma della legislazione dello Stato membro di residenza e possono essere prestate entro un lasso di tempo giustificabile dal punto di vista medico

L'autorizzazione non è concessa in quanto le cure sono comprese tra le prestazioni previste a norma della legislazione dello Stato membro competente e possono essere prestate entro un lasso di tempo giustificabile dal punto di vista medico

L'autorizzazione non è concessa in quanto le cure non sono comprese tra le prestazioni previste a norma della legislazione dello Stato membro competente

☐ Altri motivi

8. Informazioni supplementari

8.1 Caratteristiche delle cure	[255].....
8.2 Luogo cure programmate	
8.2.1 Via	[155].....
8.2.2 Città	[65].....
8.2.3 Codice postale	[25].....
8.2.4 Regione	[65].....
8.2.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
8.3 Il documento attestante il diritto alla prestazione è allegato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Firma dell'istituzione mittente:

Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

Risposta a richiesta di autorizzazione per cure programmate (ex E112)

S010

quadro 4 riferimenti al documento di richiesta ricevuto

quadro 5 autorizzazione delle cure

quadro 6 decorrenza del diritto

quadro 7 motivo del diniego all'autorizzazione

quadro 8 informazioni aggiuntive, chiarimenti



S071

2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
.....	
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
.....	
2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Cittadinanza	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)	
3.1 Indirizzo	
3.1.1 Via	[155].....
3.1.2 Città	[65].....
3.1.3 Codice postale	[25].....
3.1.4 Regione	[65].....
3.1.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 Residenza in questo paese dal	[DD/MM/YYYY].....

4. Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)	
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente o autonomo <input type="checkbox"/> Familiare del lavoratore dipendente o autonomo <input type="checkbox"/> Lavoratore frontaliero <input type="checkbox"/> Familiare del lavoratore frontaliero <input type="checkbox"/> Ex lavoratore frontaliero <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Familiare di pensionato <input type="checkbox"/> Persona non attiva <input type="checkbox"/> Richiedente una pensione	

S071

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Pensionato" o "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Richiedente una pensione":	
5. Istituzione pensionistica	
5.1 Codice paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
5.2 Codice istituzione	[25].....
5.3 Denominazione dell'istituzione	[155].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore dipendente o autonomo" o "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore frontaliero" o "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare di pensionato":	
6. Familiare	
6.1 Interessato*	
6.1.1 Cognome/i*	[155].....
6.1.2 Nome/i*	[155].....
6.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
6.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
6.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
6.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
.....	
2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Cittadinanza	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

7. Decorrenza/Termine iscrizione	
7.1 Decorrenza*	[DD/MM/YYYY].....
7.2 Termine	[DD/MM/YYYY].....

Richieste attestati
ex E106, ex E109,
ex E120, ex E121

S071

quadro 4 il tipo di modello
a cui ci si riferisce lo si
ricava dallo status

quadro 5 indicazione
della istituzione
pensionistica

quadro 7 decorrenza e
termine dell'iscrizione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore dipendente o autonomo" o "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore frontaliero" o "Status (della persona per la quale è rilasciato un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare di pensionato" :

5. Dati identificativi del familiare

5.1 Interessato*
 5.1.1 Cognome/i* [155].....
 5.1.2 Nome/i* [155].....
 5.1.3 Data di nascita* [DD/MM/YYYY].....
 5.1.4 Sesso
☐ F
☐ M
☐ Non noto
 5.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....
 5.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

5.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

5.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

5.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

5.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

5.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

5.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

5.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

5.1.8.4 Nome del padre [155].....

5.1.8.5 Nome della madre [155].....

5.2 Informazioni supplementari sull'interessato

5.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

6. Decorrenza/Termine diritto alla prestazione

6.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....
 6.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

7. Informazioni sull'assenza del diritto alla prestazione

7.1 Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni

- ☐ Non assicurato nel nostro Stato membro dal
☐ Non ha diritto a prestazioni di malattia da parte del nostro Stato membro dal
☐ Risiede nel nostro Stato membro dal

Risposta a richiesta di
 attestati ex E106, ex
 E109, ex E120, ex E121

S072

quadro 6
 Inizio e termine della copertura

quadro 7
 informazioni sulla mancanza
 della copertura

S073

Si prega di compilare le voci che seguono se "Situazione familiare" = "Familiare del lavoratore dipendente o autonomo" o " Situazione familiare = "Familiare del lavoratore frontaliero" o " Situazione familiare = "Familiare di pensionato" :

5. ID del familiare

5.1 Interessato*

5.1.1 Cognome/i* [155].....

5.1.2 Nome/i* [155].....

5.1.3 Data di nascita* [DD/MM/YYYY].....

5.1.4 Sesso

- ☐ F
☐ M
☐ Non noto

5.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

5.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

5.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

5.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

5.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

5.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

5.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

5.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

5.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

5.1.8.4 Nome del padre [155].....

5.1.8.5 Nome della madre [155].....

5.2 Informazioni supplementari sull'interessato

5.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

6. Decorrenza/Termine iscrizione

6.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....

6.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

7. Motivo

7.1 Motivo

- ☐ Assicurato quale disoccupato nello Stato membro di residenza
☐ Assicurato quale pensionato nello Stato membro di residenza
☐ Non soddisfa i requisiti per essere considerato familiare nello Stato membro di residenza
☐ Non risiede in questo Stato membro

S073

- ☐ Si è trasferito da questo Stato membro il
☐ Deceduto il
☐ Altri motivi

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo" = "Assicurato quale disoccupato nello Stato membro di residenza" o " Motivo = "Assicurato quale pensionato nello Stato membro di residenza" o " Motivo = "Si è trasferito da questo Stato membro il" o " Motivo = "Deceduto il" :

7.2 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo" = "Altri motivi" :

7.3 Altri motivi [255].....

Firma dell'istituzione mittente:

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro



ASU FC
 Azienda sanitaria
 universitaria
 Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA
 FRIULI VENEZIA GIULIA

Riferimento agli
 attestati ex E106,
 ex E109, ex E120,
 ex E121

S073

quadro 6
 Inizio e termine della
 iscrizione copertura

quadro 7
 Motivazione
 dell'assenza del
 diritto



S016

4.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:
☐ Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

4.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione emittente [65].....

4.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

4.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato si prega di compilare le voci che seguono:
☐ Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

4.8.1 Luogo di nascita [155].....

4.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

4.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

4.8.4 Nome del padre [155].....

4.8.5 Nome della madre [155].....

5. Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione

5.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....

5.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

6. Assenza di diritto alla prestazione

6.1 Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni

☐ Non assicurato nel nostro Stato membro dal
☐ Non ha diritto a prestazioni derivanti da parte del nostro Stato membro dal
☐ Risiede nel nostro Stato membro dal
☐ Non risiede più nel vostro Stato membro dal
☐ Deceduto il
Assicurato in un altro paese sulla base di una
☐ pensione (cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2 lett. b) il
☐ Atrimoivi

Si prega di compilare le voci che seguono se Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Non assicurato nel nostro Stato membro dal" o "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Risiede nel nostro Stato membro dal" o "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Non risiede più nel vostro Stato membro dal" o "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione (cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2 lett. b) il":

6.2 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Deceduto il":

6.3 Deceduto il [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione (cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2 lett. b) il":

S016

6.4 Codice ISO del paese di assicurazione [list ISO 3166-1-alpha-2 code].....

Si prega di compilare le voci che seguono se Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Atrimoivi":

6.5 Atrimoivi [255].....

Rimandi all'istituzione emittente

Data [DD/MM/YYYY].....

Rimando Timbro

SEDs relativi al
formulario ex E108

S016

quadro 5
Inizio e termine del diritto

quadro 6
Mancanza del diritto



S017

2.1.2	Nm. di*	[155].....
2.1.3	Data di nascita*	[DDMM /YYYY].....
2.1.4	Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non ndo
2.1.5	Coem. di alla nascita	[155].....
2.1.6	Nm. di alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del nm. di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con nm. di identificazione personale		
2.1.7.1	Nm. di identificazione personale presso l'istituzione titolare	[65].....
2.1.7.2	Nm. di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non disponete del nm. di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza nm. di identificazione personale		
2.1.8.1	Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2	Coem. edel padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3	Coem. edellam. ate alla nascita	[155].....
2.1.8.4	Nm. edel padre	[155].....
2.1.8.5	Nm. edellam. ate	[155].....
2.2 Inform. ai cui suppl. atari sull'interessato		
2.2.1	Cittadinanza	[list ISC8166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo (della persona il cui diritto a prestazioni è revocato o annullato)	
3.1	Indirizzo
3.1.1	Via [155].....
3.1.2	Città [65].....
3.1.3	Codice postale [25].....
3.1.4	Regione [65].....
3.1.5	Paese [list ISC8166-1-alpha-2 code].....
3.2	Residenza in quest. o paese dal [DDMM /YYYY].....

4. Introduzione al vs. *	
4.1	SFD [25].....
4.2	Dal [DDMM /YYYY].....

Se il presente documento riguarda un familiare, compilare le voci che seguono	
5. Fam. liare	
5.1	Coem. di* [155].....
5.2	Nm. di* [155].....
5.3	Data di nascita* [DDMM /YYYY].....
5.4	Sesso

S017

<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non ndo	
5.5	Coem. di alla nascita [155].....
5.6	Nm. di alla nascita [155].....
5.7 Se in possesso del nm. di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con nm. di identificazione personale	
5.7.1	Nm. di identificazione personale presso l'istituzione titolare [65].....
5.7.2	Nm. di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....
5.8 Se non disponete del nm. di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono: <input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza nm. di identificazione personale	
5.8.1	Luogo di nascita [155].....
5.8.2	Coem. edel padre alla nascita [155].....
5.8.3	Coem. edellam. ate alla nascita [155].....
5.8.4	Nm. edel padre [155].....
5.8.5	Nm. edellam. ate [155].....

6. Inform. ai cui suppl. atari sulla decorrenza sul term. ine del diritto alla prestazione	
6.1	Decorrenza [DDMM /YYYY].....
6.2	Term. ine [DDMM /YYYY].....

7. Inform. dell'istituzione titolare	
Data	[DDMM /YYYY].....
Firma	Tin. bo

SEDs relativi al formulario ex E108

S017

quadro 4
Riferimento al SED

quadro 6
notizie su inizio e termine
del diritto

3.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

3.8.1 Luogo di nascita [155].....
 3.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....
 3.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....
 3.8.4 Nome del padre [155].....
 3.8.5 Nome della madre [155].....

4. Decorrenza/Termine iscrizione

4.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....
 4.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

5. Motivo della revoca o della modifica

5.1 Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione

- ☐ Non assicurato in questo Stato membro dal
☐ Risiede nel vostro paese dal
☐ Risiede in altro Stato membro
☐ Deceduto il
 Assicurato in un altro paese sulla base di una
☐ pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]
☐ Altri motivi

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Non assicurato in questo Stato membro dal" o "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Risiede nel vostro paese dal" o "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Risiede in altro Stato membro" o "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

5.2 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Deceduto il" :

5.3 Deceduto il [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

5.4 Codice ISO del paese di assicurazione [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Altri motivi" :

5.5 Altri motivi [255].....

Firma dell'istituzione mittente:

Data [DD/MM/YYYY].....
 Firma Timbro

SEDs relativi al
 formulario ex E108

S018

quadro 4
 decorrenza – fine
 dell'iscrizione

quadro 5
 Motivazione della revoca
 o della modifica

S019

2.1.2 Nome cognome* [155].....

2.1.3 Data di nascita* [DDMM /YYYY].....

2.1.4 Sesso

☐ F

☐ M

☐ Non indicato

2.1.5 Cognome alla nascita [155].....

2.1.6 Nome alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero di identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome edile padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome edile madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome edile padre [155].....

2.1.8.5 Nome edile madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO166-1-alpha-2 code].....

3. Indirizzo (della persona il cui diritto a prestazioni è revocato automaticamente)

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Paese [list ISO166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in quest paese dal [DDMM /YYYY].....

4. Informazioni di servizio*

4.1 SFD [25].....

4.2 Dal [DDMM /YYYY].....

Se il presente documento riguarda un familiare, compilare le voci che seguono

5. Familiare

5.1 Cognome* [155].....

5.2 Nome* [155].....

5.3 Data di nascita* [DDMM /YYYY].....

5.4 Sesso

S019

☐ F

☐ M

☐ Non indicato

5.5 Cognome alla nascita [155].....

5.6 Nome alla nascita [155].....

5.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

5.7.1 Numero di identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

5.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

5.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

☐ Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

5.8.1 Luogo di nascita [155].....

5.8.2 Cognome edile padre alla nascita [155].....

5.8.3 Cognome edile madre alla nascita [155].....

5.8.4 Nome edile padre [155].....

5.8.5 Nome edile madre [155].....

6. Decorrenza Temine iscrizione

6.1 Decorrenza [DDMM /YYYY].....

6.2 Temine [DDMM /YYYY].....

Finanziamento istituzione mittente:

Data [DDMM /YYYY].....

Firma []

Timbro []



ASU FC
Azienda sanitaria
universitaria
Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

**SEDs relativi al
formulario ex E108**

S019

quadro 4
Riferimento al SED

quadro 6
informazione su
decorrenza e termine del
diritto