



**8 ca UbXUX]`YgYbn]cbY`XU`E`VV][c`Ugg]W fUHj c`#: cfa i`Uf]c`X]f]W]YghU`
dYf [`]`gh XYbh]`W`b`dYfa UbYbnU]b`Gj]nnYfU`**

Per l'elaborazione di una richiesta verrà addebitato un contributo di 75 franchi

Nome: Cognome:

Via / n°: Codice postale:

Località: Paese:

Nazionalità: Data di nascita:

Stato civile: N. AVS:

Email: Telefono:

Istituto di formazione (scuola, università, ecc.):

Arrivo da:

Esercita un'attività lucrativa? sì no

Datore di lavoro e indirizzo:

Genere dell'attività: Stage Apprendistato/ Formazione Lavoro retribuito

Altro (descrizione più precisa possibile):

Periodo:

indeterminato determinato fino al Orario di lavoro settimanale a ore:

Che tipo di permesso di soggiorno possiede? L B C (Permesso di domicilio)

Sono in possesso del permesso di soggiorno B e il mio centro principale di vita si trova

in Svizzera in

Ha intenzione di tornare nel suo paese d'origine dopo gli studi? sì no

Sono i vostri genitori in pensione o lavorano nell'UE/AELS? sì no

Jc[`]U`Y[UfY`U`Uf]W]YghU]`XcW a Ybh]`gY[i Ybh]`fbchc`Z`fa UX]`W`d]Uc`gWbbYf]nnUk:

- Permesso di soggiorno in Svizzera
- Prova d'assicurazione
 - Assistenza sanitaria pubblica: EHIC (European Health Insurance Card)
 - Assistenza sanitaria privata: la conferma dell'assicuratore sulla seconda pagina
- Conferma d'immatricolazione/ attestato della formazione
- Contratto di stage / contratto di lavoro

**J]`dfY[\]Ua c`X]`bj]UfY`Uj`cgfUf]W]YghU]`U`XcW a Ybh]`cbY`bY`WggUf]UfUa]hY]`bcgfc`dcfUfY`
k YV`X]fYfUa YbhY`U`f]bX]f]nnc.`k k k "] ["cf[#]D`**

**G]`dfY[UX]`bcUfY`Y]`bZ`fa Un]cb]`gi `UgY`W`bXU`dU]bUY`Z]fa UfY a mano"
; fUn]Y"**



Informazioni in materia di assicurazione malattia in Svizzera

Chi esercita un'attività lucrativa in Svizzera o vi abita, è soggetto all'obbligo assicurativo e deve stipulare un'assicurazione malattia secondo la LAMal.

In alcuni casi, è possibile richiedere l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria.

Studenti dell'UE/AELS, che sono assicurati presso la sanità pubblica

Studenti senza attività lucrativa sono esenti dall'obbligo assicurativo se

- soggiornano temporaneamente in Svizzera e hanno il punto principale nell'UE/AELS
- sono domiciliati in Svizzera e assicurati tramite i loro genitori nell'ambito familiare ai sensi dell'UE/AELS presso la sanità pubblica

Studenti con attività lucrativa o staggiati dell'Austria, Francia, Germania o Italia possono farsi esornare dall'obbligo assicurativo se

- Se in possesso di un permesso di soggiorno di breve durata, permesso L
- Se in possesso di un permesso di soggiorno, permesso B e dichiarano di avere il punto principale in uno degli Stati sopra indicati

Studenti con attività lucrativa o staggiati di tutti gli altri Stati sono soggetti all'obbligo assicurativo in Svizzera.

Studenti al di fuori dell'UE/AELS e studenti che sono assicurati presso la sanità privata

Possono farsi esentare dall'obbligo assicurativo in Svizzera, se hanno una protezione assicurativa equivalente alla LAMal.

Assicurazione privata

L'assicuratore conferma che,

- Trattamenti sanitari necessari sono coperti in Svizzera secondo la LAMal
- I costi dei trattamenti sanitari cagionati in Svizzera sono presi a carico secondo tariffario svizzero e non secondo le tariffe applicate nello Stato di residenza
- È garantita la libera scelta del fornitore di prestazioni secondo la legge svizzera

Assicurazione

indirizzo/timbro

.....

.....

Luogo/Data

Firma

.....

.....

Persona richiedente

Gli assicurati ed il loro datore di lavoro devono collaborare a titolo gratuito all'esecuzione delle varie leggi riguardanti l'assicurazione sociale. (Art. 28 cpv. 1 LPGA). Con la firma conferma di segnalare immediatamente all'Istituzione Comune LAMal le modifiche che potrebbero portare ad un'assicurazione obbligatoria in Svizzera. Questi includono la presa di un'attività lucrativa o il termine di un contratto di lavoro, il completamento degli studi, cambiamenti di stato familiare o la situazione di vita.

Con la presente dichiaro di avere risposto in modo veritiero e completo alle domande e di aver letto e compreso le informazioni sopra indicati.

Luogo/Data

Firma della persona richiedente

.....

.....