

Formulario individuale di domanda per frontaliere - G

Genere della domanda

<input type="checkbox"/> Rilascio	<input type="checkbox"/> Rinnovo con modifica (selezionare ciò che fa al caso)
<input type="checkbox"/> Modifica	<input type="checkbox"/> Generalità <input type="checkbox"/> Stato civile <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Ragione sociale <input type="checkbox"/> Sede / Indirizzo ditta <input type="checkbox"/> Indirizzo / Località all'estero
<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Data della/e modifica/che: _____

Richiedente

Numero SIMIC		
Cognome	Nome	
Cognome da nubile	Data nascita	Luogo di nascita
Nazionalità	Sesso <input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile	
Stato civile <input type="checkbox"/> Celibe /nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Unione domestica registrata		
Maternità (cognome da nubile e nome)	Paternità (cognome e nome)	
Indirizzo all'estero (Via)	NAP / Comune	
Documento di legittimazione <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/>	valevole fino al ____ / ____ / ____	
Indirizzo in Ticino (in caso di soggiorno settimanale)	NAP / Località	
Ha subito condanne in Svizzera e/o all'estero? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ha un procedimento penale pendente in Svizzera e/o all'estero? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

Attività e condizioni d'impiego

<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Indipendente		
Impresa / ragione sociale	Ramo economico	
Indirizzo / sede	Numero telefonico	Numero fax
Sede operativa	Professione	
<input type="checkbox"/> Attività a tempo pieno <input type="checkbox"/> Attività a tempo parziale - ore settimanali	Inizio attività fino al	N° di persone occupate nella ditta
Retribuzione lorda compresa I 3.ma mensilità in CHF	<input type="checkbox"/> all'ora <input type="checkbox"/> al giorno <input type="checkbox"/> alla settimana <input type="checkbox"/> al mese <input type="checkbox"/> all'anno	
Ev. rappresentante legale		

Con la sottoscrizione del presente formulario il datore di lavoro e la persona straniera attestano che i dati indicati sono completi ed esatti e confermano di aver preso atto delle pertinenti normative scaricabili dal sito www.ti.ch/migrazione o consultabili presso i Servizi regionali degli stranieri. Salvo indicazione contraria del richiedente (con comunicazione scritta al SERS di riferimento), il suo indirizzo di recapito in Ticino viene automaticamente eletto presso il datore di lavoro. Attenzione: compilare anche il secondo foglio inerente la copertura assicurativa, documento vincolante per l'emissione del permesso.

Nell'ambito di una professione regolamentata, l'esercizio dell'attività è subordinato all'obbligo di dichiarazione o all'ottenimento della relativa autorizzazione da parte dell'autorità competente.

Link: <https://www.sbf.admin.ch/sbfi/it/home/temi/riconoscimento-dei-diplomi-esteri/professioni-regolamentate.html>

Luogo e data	Timbro e firma del datore di lavoro	Firma del richiedente (ev. rappresentante legale)
--------------	-------------------------------------	---

Per il cittadino UE la presentazione del certificato penale recente del proprio Paese d'origine, pur non essendo obbligatoria, è raccomandata.

Annessi:	1.	2.
	3.	4.
	5.	6.

Riservato al Servizio regionale degli stranieri

Eventuali osservazioni	Data presentazione domanda	Data trasmissione domanda alla SP
	(Timbro SERS e firma)	(Timbro SERS e firma)



Copertura assicurativa delle cure medico-sanitarie per beneficiari di permessi G UE/AELS

Gli Accordi bilaterali tra la Svizzera e i Paesi della Comunità europea, compresi Norvegia, Islanda e Liechtenstein, prevedono disposizioni particolari a seconda del Paese in cui il/la beneficiario/a del permesso G UE/AELS risiede

Dati riguardanti il/la lavoratore/trice frontaliere/a

Cognome	Nome
Cognome da nubile	Data nascita
Indirizzo all'estero (Via)	NAP / Comune

Dati riguardanti i familiari **SENZA** attività lavorativa (né in Svizzera né all'estero)

	Cognome	Nome	Data di nascita
Coniuge			
1° figlio			
2° figlio			
3° figlio			
4° figlio			

Persone residenti in Italia, Francia, Germania, Austria e familiari in Finlandia

Le persone residenti in **ITALIA, FRANCIA, GERMANIA, AUSTRIA** ed i familiari residenti in **FINLANDIA**, sono tenute ad esercitare il **diritto di opzione**, ossia devono indicare dove vogliono mantenere la copertura delle cure medico-sanitarie.

Si precisa che questa scelta rimarrà valida per tutto il periodo di occupazione in Svizzera e, che la stessa, vale anche per i familiari senza attività lavorativa. In caso di mancata scelta verrà automaticamente dichiarato l'obbligo assicurativo contro le malattie in Svizzera.

Voglia cortesemente indicare con una crocetta il Paese in cui **vuole rimanere assicurato/a**:

- mantengo l'assicurazione nel mio Paese di residenza;
- voglio assicurarmi in Svizzera: alla ricezione del permesso per frontaliere G UE/AELS mi impegno pertanto a presentare la conferma dell'iscrizione presso un assicuratore malattie svizzero riconosciuto a: Istituto delle assicurazioni sociali, Ufficio dei contributi, Settore obbligo assicurativo, Via C. Ghiringhelli 15a, 6501 Bellinzona

N.B.: questa scelta **non** riguarda né la copertura contro gli infortuni, né l'indennità perdita di guadagno in caso di malattia.

Persone residenti in Belgio, Danimarca, Spagna, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Svezia, Cipro, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lituania, Lettonia, Malta, Polonia, Slovenia, Slovacchia, Bulgaria, Romania, Norvegia, Islanda, Finlandia (solo per il lavoratore frontaliere, ma non per i familiari)

Le persone residenti in BE, DK, ES, GB, GR, IE, LU, NL, PT, SE, CY, CZ, EE, HU, LT, LV, MT, PL, SI, SK, BG, RO, NO, IS, FI (solo per il lavoratore frontaliere proveniente dalla FINLANDIA, ma non per i familiari), sono soggette **all'obbligo assicurativo** contro le malattie in **Svizzera**.

Se lei risiede in uno dei Paesi indicati sopra è tenuto/a a presentare, alla ricezione del permesso per frontaliere G UE/AELS, la conferma dell'iscrizione presso un assicuratore malattie svizzero riconosciuto a: Istituto delle assicurazioni sociali, Ufficio dei contributi, Settore obbligo assicurativo, Via C. Ghiringhelli 15a, 6501 Bellinzona

Le persone residenti in Liechtenstein devono rimanere assicurate nel Liechtenstein

Il presente modulo è da consegnare al Servizio regionale degli stranieri competente unitamente al primo foglio ed agli allegati richiesti.

Maggiori informazioni si possono ottenere al seguente numero telefonico (091/821.91.11).

Luogo e data	Firma del/la richiedente (ev. rappresentante legale)
--------------	--