

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
ISCRIZIONE VOLONTARIA AL S.S.N. CITTADINI COMUNITARI

Il/la sottoscritto/a _____ Stato di nascita _____
Data di nascita _____ Cittadinanza _____
Residenza/domicilio (in Italia): Comune _____ prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____ Tel. _____ E-mail _____
Professione _____ Codice fiscale _____

In qualità di:

- diretto interessato
- genitore esercente la responsabilità genitoriale
- coniuge, figlio/a o altro parente in linea diretta fino al 3° grado e dichiara inoltre l'impedimento temporaneo alla sottoscrizione per motivi connessi allo stato di salute da parte del diretto interessato
- tutore
- amministratore di sostegno

di: nome _____ cognome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ CAP _____
residenza/domicilio _____ Via _____ n. _____
Professione _____ Codice fiscale _____

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- di essere
oppure
- che la persona rappresentata è

studente

- iscritto alla Scuola _____ anno scolastico _____
- di non possedere redditi diversi da borse di studio/sussidi
- di percepire borsa di studio/sussidio assegnata da _____

e di versare, quindi, ai fini dell'iscrizione volontaria al S.S.N., la quota annuale di Euro 700,00.

- di essere
oppure
- che la persona rappresentata è
cittadino collocato alla pari e di versare, quindi, ai fini dell'iscrizione volontaria al S.S.N. la quota annuale di € 1.200,00.

- di essere
oppure
 che la persona rappresentata è

cittadino che dispone di risorse economiche sufficienti per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato durante il periodo di soggiorno nel territorio nazionale e che il **proprio reddito complessivo conseguito nell'anno precedente** (_____) in Italia o all'estero è stato di Euro _____ e di versare, quindi, ai fini dell'iscrizione volontaria al S.S.N., la quota annuale di Euro _____ calcolata come da istruzioni sotto riportate (N.B.: l'importo non può in nessun caso essere inferiore a Euro 2.000,00)

Dichiara, inoltre, che i familiari a carico sono:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	EVENTUALI REDDITI

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

"I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679, alla normativa italiana sulla privacy e ai provvedimenti in materia del Garante per la Protezione dati Personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal titolare del trattamento sulla base delle norme vigenti, con le finalità, le modalità, le definizioni e le garanzie sui diritti contenute nell'Informativa per la protezione dei dati personali, affissa nei locali dell'ASLCN1 e disponibile sul sito dell'ASLCN1 al link <https://www.aslcn1.it/protezione-dei-dati-personali>.

La raccolta dei suoi dati personali è finalizzata all'iscrizione volontaria al S.S.N. di cittadini comunitari.

Data _____ Firma del/la dichiarante (per esteso) _____

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n. Data

Il dipendente addetto

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve per l'iscrizione volontaria al S.S.N. di cittadini Comunitari

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

La dichiarazione è resa dall'interessato o, in alternativa, dai soggetti sotto indicati:

- genitore esercente la responsabilità genitoriale
- tutore
- amministratore di sostegno
- coniuge, figlio/a o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo alla sottoscrizione per motivi connessi allo stato di salute da parte dell'interessato.

MODALITA' CALCOLO QUOTA ANNUALE DA VERSARE:

- **MOTIVI DI STUDIO:** ricevuta del versamento quota iscrizione al S.S.R. di € 700,00 (l'importo versato non include l'iscrizione dei familiari a carico)
- **COLLOCATI ALLA PARI:** ricevuta del versamento quota iscrizione al S.S.R. di € 1.200,00 (l'importo versato non include l'iscrizione dei familiari a carico)
- **ALTRI CASI:** ricevuta del versamento quota iscrizione al S.S.R. del contributo annuale, calcolato sul reddito complessivo conseguito nell'anno precedente in Italia o all'estero: applicazione aliquota del 7,50% fino alla quota di € 20.658,28 e del 4% sull'importo eccedente fino al limite di € 51.645,69. (N.B.: in ogni caso l'importo non potrà essere inferiore a Euro 2.000,00)
L'iscrizione si estende ai familiari a carico
- Gli importi vanno pagati **tramite modello F24** (in distribuzione presso le Banche o gli uffici Postali) compilato come di seguito indicato: **codice regione: 13; codice tributo: 8846, anno di iscrizione al SSN. No F24 SEMPLIFICATO**

MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) Consegnato allo Sportello centrale o periferico multifunzionale e sottoscritto dall'interessato in presenza del dipendente addetto*, ovvero sottoscritto e presentato unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art 38, comma 3 DPR 445/2000)
- b) firmato e spedito per posta, da PEC o da casella di posta elettronica ordinaria all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Avvertenze

- Se la richiesta di iscrizione volontaria al S.S.N. viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare alla presente dichiarazione delega scritta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante. Il delegato deve essere munito di valido documento di identità
- Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

L'Ufficio ASL ritira l'Autocertificazione e dà luogo agli adempimenti successivi conseguenti alla presa d'atto del motivo di presentazione dell'autocertifica stessa.

TEMPO DI RISPOSTA:

Immediato - Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Distretti	https://www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale
------------------	---