

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

ISCRIZIONE VOLONTARIA AL S.S.N. CITTADINI EXTRACOMUNITARI

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 titolare di **permesso di soggiorno per studio** e:
 - di essere 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 titolare di **permesso di soggiorno per persone collocate alla pari** e di versare, quindi, ai fini dell'iscrizione volontaria al S.S.N., la quota annuale di Euro 1.200,00;

di essere
oppure

che la persona rappresentata

è titolare di **permesso di soggiorno per motivi religiosi** 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 700,00.

di essere
oppure

che la persona rappresentata

è titolare di **permesso di soggiorno per** _____ 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 riportate nelle "Informazioni" del presente modulo (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 extracomunitari.

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 extracomunitari.

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 famigliari 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 famigliari 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.
Per i **CITTADINI ULTRA65ENNI**, in assenza di un reddito proprio, il reddito, cui fare riferimento, è quello del familiare che ne ha chiesto il ricongiungimento.
- 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 unitamente a 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

Lo sportello distrettuale territorialmente competente, verificata la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente, provvede ad iscrivere negli elenchi dell'ASL il richiedente ed i familiari indicati nel presente modulo (ora)

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

RIFERIMENTI / LINK

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