

ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10 D.M. 08/10/1986

PRIMA ISCRIZIONE

CONFERMA ISCRIZIONE

COGNOME NOME
LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA
NAZIONALITA' PROFESSIONE
DOMICILIO/RESIDENZA ALL'ESTERO
CODICE FISCALE ITALIANO
DOMICILIO/RESIDENZA IN ITALIA: COMUNE
VIA N. _____ Recapito telefonico
Indirizzo mail: Sesso Maschio Femmina

FAMILIARI A CARICO:

Cognome e Nome data di nascita rapporto di parentela

DATI RELATIVI AL REDDITO:

REDDITO CONSEGUITO NELL'ANNO precedente (indicare l'anno) _____
IN ITALIA: EURO _____ ALL'ESTERO (in valuta estera) _____
CORRISPONDENTE IN EURO _____
REDDITO COMPLESSIVO (obbligatorio) EURO _____

IL DIPENDENTE DA ENTI O ORGANISMI INTERNAZIONALI DOVRA' INDICARE INOLTRE:

ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO _____
QUALIFICA _____ REDDITO PERCEPITO QUALE DIPENDENTE
DEL PREDETTO ORGANISMO _____

CERTIFICATI AUTORITA' COMPETENTI _____

ALTRE CERTIFICAZIONI (specificare) _____

AUTOCERTIFICAZIONE: consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000 e delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARO:

che il reddito sopra indicato corrisponde al vero.
 di accettare il pagamento della somma di € 2.788,87 quale contributo massimo volontario non volendo autocertificare la propria situazione reddituale Firma _____

Allegare fotocopia documento valido

TIPO DI CONTRIBUTO: **CONTRIBUTO MINIMO**

| Tipologia | Contributo in Euro |
|-------------------------|--------------------|
| <u>Privi di reddito</u> | € 387,34 |

 CONTRIBUTO SUPERIORE AL MINIMO

| Tipologia | Contributo in Euro sul <u>reddito</u> anno precedente |
|---|---|
| <u>Cittadini stranieri regolarmente soggiornanti, non iscrivibili obbligatoriamente al SSN</u> (compresi religiosi e ultrasessantacinquenni extracomunitari che si ricongiungono dopo il 5/11/2008 e gli eventuali familiari a carico) | <p>fino a € 20.658 contributo pari al 7,50% del reddito complessivo dichiarato</p> <p>più eventualmente:</p> <p>da € 20.658 fino € 51.646 contributo pari al 4,00%</p> <p>quota minima € 387,34</p> |

 CONTRIBUTO FORFETTARIO

| Tipologia | Contributo in Euro |
|---|---|
| <u>Studenti comunitari</u> privi di assistenza sanitaria nel loro paese ed extracomunitari (non valido per eventuali familiari a carico) | <p>€149,77</p> <p>cross 149,77 € and write 700 €</p> |
| <u>Collocati alla pari</u> comunitari privi di assistenza sanitaria nel loro paese ed extracomunitari (non valido per eventuali familiari a carico) | € 219,49 |

CONTRIBUTO VERSATO EURO **IN DATA**

Informativa, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 e Regolamento U.E. n. 679/2016: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.