

**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
Privi di reddito	€ 387,34

 CONTRIBUTO SUPERIORE AL MINIMO

Tipologia	Contributo in Euro sul <u>reddito</u> anno precedente
Cittadini stranieri regolarmente soggiornanti, non iscrivibili obbligatoriamente al SSN (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
Studenti comunitari privi di assistenza sanitaria nel loro paese ed extracomunitari (non valido per eventuali familiari a carico)	€ 149,77
Collocati alla pari comunitario privi di assistenza sanitaria nel loro paese ed extracomunitari (non valido per eventuali familiari a carico)	€ 219,49

CONTRIBUTO VERSATO EURO _____ IN DATA _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma dell'iscritto _____

Timbro e Firma ASST _____