

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

ISCRIZIONE VOLONTARIA AL S.S.N. CITTADINI EXTRACOMUNITARI

Il/la sottoscritto/a _____ Luogo di nascita _____

Data di nascita _____ Nazionalità _____

Residenza/domicilio in _____ Via _____ Tel. _____

Professione _____ Codice fiscale _____

Familiari a carico:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	EVENTUALI REDDITI

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 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 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 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 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 sotto riportate (N.B.: l'importo non può in nessun caso essere inferiore a Euro 2.000,00)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

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 potestà
- tutore
- interessato con assistenza del curatore
- coniuge, figlio o altro parente in linea diretta fino al 3° grado per impedimento temporaneo per motivi di salute.

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)
- **MOTIVI RELIGIOSI:** ricevuta del versamento quota iscrizione al S.S.R. di € 700,00
- **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 deve essere compilato come di seguito indicato: codice regione: 13; codice tributo: 8846, anno di riferimento: anno di iscrizione al SSN.

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@aslc11.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- c) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslc11.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.aslc11.it

RIFERIMENTI / LINK

Distretti	https://www.aslc11.it/assistenza-territoriale/distretti-sanitari/isciversi-al-sistema-sanitario-nazionale
-----------	---