

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE VOLONTARIA
AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**
Scheda statistica di cui all'art. 10 del DM 8.10.1986

Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà
(art. 46, 47 DPR n.445/2000)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a ila Cittadinanza

Proveniente dallo Stato estero Indirizzo

Residenza oppure Domicilio

In Via/Piazzan.....

Città.....prov. (.....)

Professione

Studente (privo di reddito) iscritto al corso/presso

Codice fiscale _ _ _ _ _

☎..... @ mail

Permesso di Soggiorno (PDS) n° rilasciato il con scadenza

Motivo del PDS

Attesa PDS/rinnovo PDS – richiesta in data appuntamento questura in data,.....

CHIEDE

L'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale (SSR) del Friuli Venezia Giulia per l'ANNO _ _ _ _

Prima iscrizione

Rinnovo

Consapevole che l'iscrizione volontaria si formalizza con il pagamento del contributo annuale e ha validità fino 31 dicembre dell'anno in corso, non è frazionabile e non ha decorrenza retroattiva. L'iscrizione dà diritto all'assistenza sanitaria nel territorio nazionale e non all'assistenza sanitaria all'estero (no TEAM - Tessera Europea Assicurazione Malattia).

DICHIARA

Di avere a carico * i seguenti familiari:

Cognome e nome Data nascita Rapporto di parentela redditi eventuali

.....

.....

.....

.....

Di avere conseguito nel precedente anno un reddito complessivo (1) di €. di cui,
in Italia € e all'estero corrispondente a €(2) ;

1) Vedi "Informazioni e calcolo del contributo annuale".

2) Per la conversione in € dei redditi prodotti in valuta estera si applica il tasso di cambio in vigore alla data di sottoscrizione dell'autocertificazione

Di avere versato in data il **contributo annuale dovuto** di €
in base a quanto stabilito dal DM 8 ottobre 1986 così come indicato nella tabella in calce e di **allegare ricevuta di avvenuto versamento.**

Di impegnarsi ad effettuare il necessario conguaglio dell'importo, non appena in possesso delle informazioni e/o documentazione attestante i redditi percepiti nell'anno precedente e in caso mi venga comunicata l'adozione di nuove tariffe da parte del competente Ministero, pena la cancellazione dell'iscrizione al SSR.

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualunque variazione relativamente ai dati dichiarati.

Di essere dipendente da enti o organismi internazionali (indicare l'Organismo, Qualifica e reddito percepito nell'anno precedente)

Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000.

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018). L'informativa (*Informativa per il trattamento dei dati personali tramite Dossier Sanitario Elettronico*) e il relativo modulo di consenso, valevoli per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l'ASFO, sono pubblicati nel sito web istituzionale <https://asfo.sanita.fvg.it/it/> (sezione Privacy, Espressione del consenso).

ALLEGA

- Ricevuta/attestazione di versamento del contributo dovuto
- Documento di identità in corso di validità
- Residenza (Autocertificata) o dichiarazione di effettiva dimora/ospitalità
- Copia del PDS o dichiarazione di presenza presentata in Questura per soggiorni inferiori a tre mesi o ricevuta di richiesta in prima istanza o di rinnovo del PDS (Autocertificazione del motivo del soggiorno in caso di PSE)
- Eventuali documenti e certificazioni in ordine al reddito rilasciati dall'autorità competente (specificare) o altre certificazioni (specificare)

(Luogo e data)

IL RICHIEDENTE - DICHIARANTE

.....

RISERVATO ALL'UFFICIO (Distretto/Struttura ASFO:)

- *L'operatore verifica che il soggetto abbia i requisiti di iscrizione, che il modulo sia correttamente compilato e che la documentazione necessaria sia allegata, ai fini della iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale.*
- *La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo firmato dall'interessato è presentato da altra persona delegata o inviato per posta o pec, deve essere accompagnato da fotocopia di suo documento di identità in corso di validità (art.38 DPR 445/2000).*

INFORMAZIONI E CALCOLO DEL CONTRIBUTO ANNUALE

L'iscrizione volontaria al SSR per i soggetti aventi i requisiti necessari, si formalizza con:

- **Compilazione dell'apposito modulo** RICHIESTA DI ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - Scheda statistica di cui all'art. 10 del DM 8.10.1986, in forma di Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà (art. 46, 47 DPR n.445/2000).
- **Pagamento del contributo dovuto**

Il contributo annuale per l'iscrizione volontaria viene determinato ai sensi del **DM 8 ottobre 1986** e viene calcolato in percentuale al reddito dell'anno precedente. Il contributo non è frazionabile, non ha decorrenza retroattiva e ha validità per l'anno solare in cui viene versato: l'iscrizione scade pertanto in ogni caso il 31 dicembre di ciascun anno, indipendentemente dalla data del versamento.

Per i soggiornanti con Permesso di Soggiorno per **motivi di studio** il contributo è **€ 149,77** (solo qualora lo studente non abbia redditi diversi da borse di studio o da sussidi economici erogati da enti pubblici italiani); per i **collocati alla pari** il contributo è **€ 219,49**. Per entrambi, se risultano familiari a carico, la misura del contributo deve essere calcolata secondo le modalità generali.

I cittadini stranieri entrati in Italia per **motivi di turismo, affari, cure mediche non possono** fare l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale, ma possono accedere alle prestazioni ed ai servizi erogati pagando per intero delle relative tariffe.

In caso di **ultra65 ricongiunto**, come reddito per il calcolo del contributo viene considerato il reddito del familiare che ha ricongiunto in Italia l'ultra65 e non solo il reddito dell'interessato. Se l'ultra65 possiede un reddito proprio va in aggiunta (si considera il reddito del nucleo familiare). In caso di più familiari da ricongiungere, qualora essi siano a carico dello stesso richiedente, verrà versata un'unica quota di contributo in base al reddito del nucleo come sopra specificato.

Ai sensi di legge l'ammontare del contributo **non può essere inferiore all'importo di € 387,34** ed è valido anche per i familiari a carico.

Per i soggetti che non hanno redditi propri, si fa riferimento al reddito del soggetto del quale sono a carico. Nel caso in cui il soggetto non sia fiscalmente a carico di familiari (a meno che non sia un figlio minore), ovvero nei casi in cui tale carico fiscale non sia documentabile (anche tramite autocertificazione) per ogni soggetto iscritto dovrà essere versata almeno la quota minima.

Il calcolo del contributo dovuto viene effettuato dal Distretto sanitario competente per l'iscrizione tenendo conto dei requisiti dell'utenza, sulla base dei criteri dettati dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali.

Si rammenta che la cifra dovrà essere congruata in caso di adozione di nuove tariffe da parte del competente Ministero o in caso di nuove informazioni e/o documentazione attestante i redditi percepiti nell'anno precedente dall'utente, ai sensi della Nota Regionale FVG prot. 9837 del 15/5/2013, pena la cancellazione dal SSR.

REDDITI	%	CONTRIBUTO ANNUO
fino ad € 5.164,57	----	€ 387,34 (contributo minimo)
da € 5.164,58 e fino ad € 20.658,28	7,5%	da € 387,34 e fino ad € 1.549,37
da € 20.658,29 e fino ad € 51.645,69 (o più)	4%	da € 1.549,38 e fino ad € 2.788,87

Modalità di pagamento

Il contributo dovuto, in base al DM 8.10.1986 può essere effettuato:

Su c/c postale n. 181347

Su c/c bancario IBAN IT42J076010220000000181347

Entrambi:

- intestati a "Amministrazione P. T. - C.S.S.N. – REGIONE Friuli Venezia Giulia"
- causale di versamento: "ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE FRIULI VENEZIA GIULIA, ANNO _xxxx_".

Si segnala che sul c/c postale n. 181347 non è possibile effettuare bonifici bancari.