



**ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
SCHEMA 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

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 <u>religiosi</u> , <u>studenti con familiari a carico</u> e <u>ultrasessantacinquenni extracomunitari che si ricongiungono dopo il 5/11/2008 e gli eventuali familiari a carico</u>)	<u>fino a € 20.658</u> contributo pari al 7,50% del reddito complessivo dichiarato più eventualmente: <u>da € 20.658 fino € 51.646</u> contributo pari al 4,00% quota minima € 387,34



□ **CONTRIBUTO FORFETTARIO**

Tipologia	Contributo in Euro
Studenti <u>senza familiari a carico</u> , sia comunitari privi di assistenza sanitaria nel loro paese sia extracomunitari	€ 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 _____

INFORMATIVA BREVE PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del D.lgs. 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri a fronte dei servizi richiesti dall'utente. In relazione ai dati personali conferiti, gli interessati hanno il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Resta inteso che il conferimento dei dati è strettamente necessario, tuttavia l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. Per prendere visione dell'informativa completa, si invita l'interessato a consultare e/o chiedere copia della modulistica allegata oppure prendere visione delle informative esposte nei locali e pubblicate sul sito www.asst-lodi.it. **Dati di contatto del Titolare del Trattamento:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-376401; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-lodi.it; **Dati di contatto Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi; email: dpo@asst-lodi.it.

Data _____

Firma dell'Isritto _____

Timbro e Firma ASST _____