



**VOLUNTARY ENROLLMENT IN THE REGIONAL HEALTH CARE
STATISTICAL SPREADSHEET (ART. 10 D.M. 08/10/1986)**

FIRST ENROLLMENT

ENROLLMENT CONFIRMATION

SURNAME _____ NAME _____

PLACE OF BIRTH _____ DATE OF BIRTH _____

NATIONALITY _____ Sex Male Female

DOMICILE/FOREIGN RESIDENCE _____

ITALIAN TAX CODE _____

DOMICILE/ITALIAN RESIDENCE: MUNICIPALITY _____

STREET _____ N. _____ Phone number _____

Mail address: _____

STUDENT AT (UNIVERSITY NAME) _____

LUMP SUM PAYMENT:

€ 700,00

Please specify if there are any dependent relatives:

Surname and name

Date of birth

Degree of kinship

Surname and name	Date of birth	Degree of kinship
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

And calculate the sum as follows:

Apply **7,50%** on last year's total income up to € 20.658 and, if needed, **4,00%** on the excess part of the income up to € 51.646

INCOME DATA:

Last year's income (please specify the year) _____ in Italy (1): € _____

in the foreign country (2) (foreign currency) _____ in the amount of € _____

Total income given by the sum of (1) + (2) (mandatory) € _____

In any case, the smallest sum total cannot be below € 2.000,00.



SELF-CERTIFICATION: aware of the penalties, in case of untrue declarations, of creation or use of false documents, referred to art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, and of the administrative consequences related to the forfeiture of the benefits resulting from the enacted provisions based on untrue declarations

I DECLARE that all the above-mentioned facts are true.

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del vigente D.lgs. 196/03

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/o presenti 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. 0371-371; 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; Tel. 0371-371; mail dpo@asst-lodi.it.

Date _____

Signature _____

Please attach a copy of a valid document

Stamp and Signature (ASST) _____