

Domanda d'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale di cittadini italiani

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ nato/a il _____
 a _____ provincia _____ n. tel. _____
 e-mail _____ posta elettronica certificata (PEC) _____

chiede l'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione riguardante la sua posizione assicurativa e quella dei propri familiari a carico (p.es. inizio attività lavorativa all'estero, altro titolo assicurativo all'estero, percepimento pensione da Stato estero, ecc.). In assenza di comunicazione l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è tenuta ad addebitare al cittadino/alla cittadina le prestazioni fruite nel relativo periodo.

A tal fine dichiara ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 barrando le caselle che interessano e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto:

- di essere cittadino italiano/cittadina italiana;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____ ;
- di essere residente nel comune di _____ , via _____ **(residenza anagrafica)**;
- di essere domiciliato/a nel comune di _____ , via _____ **(abituale domicilio)**;
(da compilare qualora residenza e domicilio non coincidano)

Da compilare in caso di residenza anagrafica in Italia al di fuori della Provincia Autonoma di Bolzano.

- Di aver diritto all'iscrizione in deroga alla residenza, ai sensi dell'accordo dell'8 maggio 2003 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in quanto dimorante in Provincia di Bolzano per un periodo superiore a tre mesi per motivi di:
 - lavoro (datore di lavoro e indirizzo) _____ dal _____ al _____ ;
 - studio (scuola/università) _____ ;
 - salute - come da certificato emesso dal medico di famiglia, ovvero da un medico specialista dipendente o convenzionato con il SSN allegato alla presente domanda;

che i seguenti familiari, per i quali chiede l'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale, sono a suo carico secondo il D.P.R. 797/55:

cognome e nome dei familiari	data di nascita	grado di parentela	cittadinanza	residenza

Inoltre dichiara che lei/lui ed i propri familiari a carico (barrare le caselle corrispondenti):

- non ha/hanno altro titolo assicurativo in Italia o all'estero (di non essere iscritti ad un'altra Azienda Sanitaria/USL/ASL o ad un'altra cassa malattia estera);
- di essere iscritto/a/i presso l'Azienda Sanitaria/USL/ASL _____ ;
(indicare il distretto)
- ha/hanno richiesto e ottenuto conferma della cancellazione del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta da parte dell'Azienda Sanitaria/USL/ASL di residenza _____ ;
(indicare il distretto)
- non ha/hanno un rapporto di lavoro all'estero o un titolo di pensione all'estero;
- Lui/Lei dichiara inoltre che

La raccolta, il trattamento e la conservazione dei dati avvengono nel rispetto del Regolamento UE n. 679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il Dlgs n. 196/2003 così come modificato dal Dlgs. 101/2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (<https://www.asdaa.it/it/privacy>).

Luogo e data _____

firma per esteso leggibile del/della dichiarante o del legale rappresentante
in presenza dell'impiegato/a

La presente domanda può essere presentata anche per posta, per e-mail o tramite terzi assieme ad una fotocopia di un documento d'identità valido del/della dichiarante.