



Domanda d'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale di cittadini dell'UE ed equiparati

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ nato/a il _____
a _____ paese _____ 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. cessazione dell'attività lavorativa, cancellazione dalla lista delle persone in cerca di lavoro presso l'Ufficio del Lavoro, inizio attività lavorativa all'estero, altro titolo assicurativo all'estero, percepimento di una 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, barrando le caselle che interessano, dichiara:

- di essere cittadino/a _____ ;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____ ;
- di essere in possesso dell'attestazione di soggiorno permanente per i cittadini dell'UE (art. 16 D.Lgs.30/2007) rilasciato dal Comune di _____ ;
- di essere titolare del modello S1(E 106 - E 109);
- di essere pensionato e di percepire una pensione di un paese appartenente dell'UE e di essere in possesso del modello S1 (E 106 - E 109);

Inoltre 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 così come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto:

- di prestare a decorrere dal _____ un'attività lavorativa presso _____ (datore di lavoro)
 - con contratto a tempo indeterminato;
 - con contratto a termine fino al _____ ;
- di essere lavoratore/lavoratrice autonomo/a e di svolgere la seguente attività _____ , con sede legale a _____ , denominazione della ditta _____ ;
 - di essere iscritto/a all'albo professionale _____ di _____ ;
 - di essere iscritto/a alla Camera di Commercio di _____ con n. _____ ;
 - di essere in possesso di una posizione INPS dal _____ ;
 - di essere in possesso di una partita IVA;
 - di presentare la dichiarazione dei redditi in Italia;
 - di ottemperare a tutti gli obblighi normativi per lo svolgimento dell'attività lavorativa autonoma in Italia;
- di aver svolto un'attività lavorativa presso (datore di lavoro) _____ dal _____ , di essere un disoccupato/una disoccupata involontario/a a partire dal _____ e di aver presentato al Centro per l'impiego di _____ la dichiarazione di disponibilità al lavoro (la cancellazione va comunicata immediatamente all'Azienda sanitaria);
- di aver svolto un'attività lavorativa presso (datore di lavoro) _____ dal _____ al _____ e di aver iniziato il _____ una formazione professionale collegata con l'ultima attività professionale svolta.

- 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 malati 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.