

SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10 D.M. 08.10.1986

PRIMA ISCRIZIONE

CONFERMA ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

NAZIONALITÀ _____ PROFESSIONE _____

DOMICILIO ALL'ESTERO _____

CODICE FISCALE ITALIANO _____

RESIDENTE IN ITALIA NEL COMUNE DI _____

VIA _____ N. _____

(i cittadini stranieri collocati alla pari devono indicare la dimora in Italia)

FAMILIARI A CARICO

cognome e nome	data di nascita	rapporti di parentela	eventuali redditi
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NELL'ANNO _____ IN ITALIA _____

ALL'ESTERO _____ (in valuta estera) CORRISPONDENTE IN EURO _____

CONTRIBUTO VERSATO IN EURO _____ in data _____

IL DIPENDENTE DA ENTI OD ORGANISMI INTERNAZIONALI DOVRÀ INDICARE INOLTRE:	
ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO _____	
QUALIFICA _____	REDDITO PERCEPITO QUALE DIPENDENTE DEL PREDETTO _____
ORGANISMO _____	

CERTIFICAZIONI PRODOTTI IN ORDINE AL REDDITO:

- AUTOCERTIFICAZIONE _____
- CERTIFICATI AUTORITÀ COMPETENTI _____
- ALTRE CERTIFICAZIONI _____
(specificare)

I dati personali vengono trattati manualmente e in forma digitale esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della presente domanda. Il rifiuto di mettere a disposizione i dati comporta l'impossibilità di evadere la domanda. La comunicazione a enti pubblici avviene soltanto nei casi previsti dalla legge o da regolamenti nonché per lo svolgimento di compiti istituzionali. Responsabile del trattamento dei dati è il/la competente Direttore/Diretrice della Ripartizione. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. Agli interessati competono i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e quindi potranno accedere ai loro dati chiedendone la correzione, l'integrazione e – ricorrendone gli estremi di legge – la cancellazione o il blocco.

Data _____ Firma dell'assistito _____

RISERVATO ALL'UFFICIO

La domanda di iscrizione è pervenuta in data _____

Timbro del Comprensorio
Sanitario

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE
