

RICHIESTA ISCRIZIONE FACOLTATIVA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 46 e 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a Cognome SURNAME Nome NAME
Nato/a in (Stato) COUNTRY OF BIRTH località CITY OF BIRTH il DATE OF BIRTH
Cittadinanza CITIZENSHIP eventuale seconda cittadinanza 2ND CITIZENSHIP (IF ANY)
Residente a COUNTRY OF ORIGIN via ADDRESS IN YOUR COUNTRY n. HOUSE NUMBER
Domiciliato a CITY OF RESIDENCE IN ITALY via ADDRESS IN ITALY n. HOUSE NUMBER
(compilare se diverso dalla residenza)
Recapiti: telefono TELEPHONE NUM. indirizzo posta elettronica/pec E-MAIL ADDRESS

IN QUALITÀ DI: (AS)

studente ricercatore religioso altro (precisare) _____

CHIEDE (REQUESTS)

ENROLMENT IN THE NATIONAL HEALTH SERVICE FOR
l'iscrizione facoltativa al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno solare CURRENT YEAR
 FORME per se per i familiari a carico sotto indicati 1° iscrizione rinnovo iscrizione
FIRST TIME RENEWAL

e, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e consapevole altresì della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese (art. 75 del DPR 445/2000).
L'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, è tenuta a controllare il contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e degli atti di notorietà, verificando la veridicità dei dati e delle situazioni dichiarate dagli interessati.

A TAL FINE DICHIARA:

Di aver conseguito, nell'anno _____, un reddito complessivo **sogetto a tassazione Irpef** pari ad
€ _____ **Euro** (in lettere) _____

Di aver conseguito **all'estero** **in Italia** nell'anno _____, un reddito complessivo proveniente da:
 borsa di addestramento alla ricerca assegno di ricerca borsa di dottorato altro (specificare la denominazione del reddito percepito) _____
corrisposto da (indicare l'ente, università, ecc..) _____
di importo pari a: **Euro** _____ (in lettere) _____
 Valuta estera (specificare) _____ (in lettere) _____
importo corrispondente a €¹ _____ (in lettere) _____

Di avere i seguenti familiari a carico:

Cognome _____ Nome _____ nato/a in: Stato _____
Località _____ il _____ Rapporto di parentela _____
Cognome _____ Nome _____ nato/a in: Stato _____
Località _____ il _____ Rapporto di parentela _____
Cognome _____ Nome _____ nato/a in: Stato _____
Località _____ il _____ Rapporto di parentela _____

PLACE
Luogo TRENTO/ROVERETO Data DATE

SIGNATURE
Firma leggibile del dichiarante