

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento

**RICHIESTA ISCRIZIONE FACOLTATIVA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

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

**Il/la sottoscritto/a** Cognome SURNAME(S) as they appear in the passport Nome GIVEN NAME(S) as they appear in the passport  
Nato/a in (Stato) COUNTRY OF BIRTH località PLACE OF BIRTH il DATE OF BIRTH-dd/mm/yyyy  
Cittadinanza CITIZENSHIP eventuale seconda cittadinanza 2nd CITIZENSHIP, if applicable  
Residente a COUNTRY WHERE YOU HAVE YOUR PERMANENT ADDRESS via PERMANENT ADDRESS n. STREET NUMBER  
Domiciliato a CITY WHERE YOU LIVE IN ITALY via ADDRESS IN ITALY n. STREET NUMBER  
(compilare se diverso dalla residenza)  
Recapiti: telefono ITALIAN MOBILE NUMBER indirizzo posta elettronica/pec EMAIL ADDRESS

**IN QUALITÀ DI:**

☒ studente    ☐ ricercatore    ☐ religioso    ☐ altro (precisare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione facoltativa al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno solare WRITE THE YEAR FOR WHICH YOU HAVE PAID FOR  
☐ JUST FOR MYSELF per se    ☐ FOR MY DEPENDANTS per i familiari a carico sotto indicati    ☐ FIRST REGISTRATION 1° iscrizione    ☐ RENEWAL OF PREVIOUS REGISTRATION rinnovo iscrizione

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 WRITE THE YEAR PREVIOUS TO THE ONE YOU HAVE PAID FOR, un reddito complessivo **soggetto 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 €<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ (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 _____

TRENTO or ROVERETO, ACCORDING TO WHERE YOU LIVE

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** DATE \_\_\_\_\_

**YOUR SIGNATURE** \_\_\_\_\_

**Firma leggibile del dichiarante**

Spazio da completare a cura dell'Ufficio:

La presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta in presenza del dipendente addetto
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore
- ☐ sottoscritta dal Signore/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ quale tutore o curatore dell'interessato

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente addetto

Timbro dell'Ufficio

***Istruzioni per la compilazione della domanda***

- 1 . Applicare il tasso di cambio alla data della presente dichiarazione. Per individuare il tasso di cambio fare riferimento al cambio ufficiale giornaliero della Banca d'Italia reperibile all'indirizzo web:  
[http://www.bancaditalia.it/banca\\_centrale/cambi/cambi/cambi-giornalieri](http://www.bancaditalia.it/banca_centrale/cambi/cambi/cambi-giornalieri).

***Avvertenze***

L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità e completezza delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000. Qualora il modulo non sia presentato direttamente ai nostri sportelli, potrà essere inviato via posta, fax o all'indirizzo aziendale di posta elettronica certificata, purché debitamente sottoscritto e accompagnato da copia, non autenticata, di un documento di identità dell'interessato (o del tutore o curatore dello stesso).

***Informativa sul trattamento dei dati personali - Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196***

L'Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento, la informa che i suoi dati personali, raccolti con la compilazione del presente modulo, saranno trattati come stabilito dal decreto legislativo n.196/2003, nonché da leggi e regolamenti, al fine di svolgere le proprie funzioni istituzionali. La informa, inoltre, che è in sua facoltà esercitare il diritto di accesso ai suoi dati previsto dall'art. 7 del citato D. Lgs.