

## Domanda di iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale di cittadini extra comunitari

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a ..... Stato ..... chiede l'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale.

A tal fine dichiara, barrando le caselle che interessano ed allegando la relativa documentazione:

- di essere cittadino/a ..... (passaporto);
- di essere in possesso del seguente codice fiscale ..... (tessera);
- di essere in possesso del permesso/della carta di soggiorno o della richiesta di rilascio/rinnovo del permesso/della carta di soggiorno richiesto/a-rilasciato/a per il seguente motivo .....

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 attività lavorativa alle dipendenze di .....  
(datore di lavoro ed indirizzo)  
.....dal.....;
- di prestare attività lavorativa autonoma;
- di essere in Alto Adige per motivi familiari;
- di essere in Alto Adige per altri motivi .....

*N.B. Non è necessario allegare alcuna certificazione, se la situazione è rilevabile d'ufficio.*

- 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 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:
  - lavoro
  - studio
  - 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

N.B.: 1. Il carico familiare si effettua, normalmente, fino al compimento del 18 anno di età, tranne casi particolari.  
2. Per i familiari cittadini stranieri allegare fotocopia rispettivamente del permesso/della carta di soggiorno o richiesta di rilascio del/la permesso/carta di soggiorno.

Inoltre dichiara che lei/lui e i suoi familiari a carico:

- 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/i presso l'Azienda Sanitaria/USL/ASL di .....
- non ha/hanno un rapporto di lavoro all'estero o un titolo di pensione all'estero che prevedano un'iscrizione obbligatoria presso una cassa malattia.

Lui/lei dichiara inoltre che

.....  
.....  
.....  
.....

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 10 giorni al Comprensorio Sanitario eventuali cambiamenti riguardanti il suo titolo assicurativo e quello dei suoi familiari a carico.**

Informativa ai sensi del Decreto Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia di protezione dei dati personali):

I dati personali vengono trattati manualmente e in forma digitale esclusivamente per le finalità connesse con l'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/Direttrice 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.

.....  
Luogo e data

.....  
firma per esteso leggibile del/la dichiarante o del legale rappresentante  
in presenza dell'impiegato

La presente domanda può essere presentata anche per posta, per fax o tramite terzi assieme ad una copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità valido del/la dichiarante.