

Domanda di iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale di cittadini italiani

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

A tal fine 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 come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto:

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale(tessera);
- 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 motivi di:

- lavoro, alle dipendenze di
 (datore di lavoro e indirizzo) dal
- 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.: Il carico familiare si effettua normalmente fino al compimento del 18° anno di età, tranne casi particolari.

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 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/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.