

## Domanda d'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale di cittadini italiani

Il sottoscritto/La sottoscritta \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
chiede l'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale.

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione riguardante la sua posizione assicurativa e quella di suoi familiari a carico (p. es. inizio attività lavorativa all'estero, altro titolo assicurativo all'estero, percepimento pensione da Stato estero, ecc.). In assenza di comunicazione l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è tenuta ad addebitare al cittadino/alla cittadina le prestazioni fruita nel relativo periodo (quote mediche, ecc.).**

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 italiano/cittadina italiana;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- 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 \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- 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 (barrare le caselle corrispondenti):**

- 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 esser iscritto/a/i presso l'Azienda Sanitaria/USL/ASL \_\_\_\_\_ ;  
(indicare il distretto)
- ha/hanno richiesto e ottenuto conferma della cancellazione del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta da parte dell'Azienda Sanitaria/USL/ASL di residenza \_\_\_\_\_ ;  
(indicare il distretto)
- non ha/hanno un rapporto di lavoro all'estero o un titolo di pensione all'estero;

Lui/Lei dichiara inoltre che

**Trattamento dei dati personali – Informativa ex art. 13 del Dlgs 196/03**

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. **L'informativa estesa è disponibile sul sito [www.sabes.it/Privacy](http://www.sabes.it/Privacy) e presso il distretto sanitario.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

---

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

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.