



Domanda d'iscrizione al Servizio Sanitario Provinciale di cittadini dell'UE ed equiparati

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ nato/a il _____ a _____ Paese _____ 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. cessazione dell'attività lavorativa, cancellazione dalla lista delle persone in cerca di lavoro presso l'Ufficio del Lavoro, inizio attività lavorativa all'estero, altro titolo assicurativo all'estero, percepimento di una 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 fruite nel relativo periodo (quote mediche, ecc.).

A tal fine, barrando le caselle che interessano, dichiara:

- di essere cittadino/a _____ ;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____ ;
- di essere in possesso dell'attestazione di soggiorno permanente per i cittadini dell'UE (art. 16 D.Lgs.30/2007) rilasciato del Comune di _____ ;
- di essere titolare del modello S1(E 106 - E 109);
- di esser pensionato e di percepire una pensione di un paese dell'UE e di essere in possesso del modello S1 (E 106 – E 109);

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 a decorrere dal _____ un'attività lavorativa presso l'azienda _____
 - con contratto a tempo indeterminato;
 - con contratto a termine fino al _____ ;
- di essere lavoratore/lavoratrice autonomo/a e di svolgere la seguente attività _____ , con sede legale a _____ , denominazione della Ditta _____ ;
 - di essere iscritto/a all'albo professionale _____ di _____ ;
 - di essere iscritto/a alla Camera di Commercio di _____ con nr. _____ ;
 - di essere in possesso di una posizione INPS dal _____ ;
 - di essere in possesso di una partita IVA;
 - di presentare la dichiarazione dei redditi in Italia;
- e di ottemperare a tutti gli obblighi normativi per lo svolgimento dell'attività lavorativa autonoma in Italia;
- di aver svolto un'attività lavorativa presso l'Azienda _____ dal _____ di essere un disoccupato/una disoccupata involontario/a a partire dal _____ e di aver presentato al Centro per l'impiego di _____ la dichiarazione di disponibilità al lavoro (la cancellazione va comunicata all'Azienda sanitaria senza indugio);
- di aver svolto un'attività presso l'Azienda _____ dal _____ al _____ e di aver iniziato il _____ formazione professionale che è in collegamento con l'ultima attività professionale svolta.

- 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, dipendente di (datore di lavoro ed 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
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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)
- non ha/hanno un rapporto di lavoro all'estero o un titolo di pensione all'estero;
- 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)
- 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 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.