

Mod. Iscrizione Volontaria Extra UE

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____

cittadinanza _____ proveniente dallo stato estero _____

tel / cellulare _____ e-mail : _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE PER IL CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, COSÌ COME STABILITO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N.445, E DELLA DECADENZA DAL BENEFICIO OTTENUTO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

L'istanza è presentata da: _____

(Indicare il nome/cognome/data di nascita della persona che compila il modulo se diverso dall'intestatario dell'istanza)

- diretto interessato delegato (*allegare delega completa*)
- genitore esercente la potestà genitoriale in esclusiva
- genitore esercente la potestà genitoriale (*in accordo con l'altro genitore esercente la potestà genitoriale*)
- tutore/amministratore di sostegno

DICHIARA

- di **non essere assicurato presso Stati extra UE con i quali l'Italia intrattiene rapporti di convenzione bilaterali** (*in questo caso va allegata documentazione a supporto della dichiarazione- vedi elenco dei Paesi extra UE con Accordi Bilaterali*)
- di **non essere in possesso di assicurazione sanitaria privata in corso di validità**
- di **NON essere assicurato per il rischio malattia e maternità da altra Istituzione dell'UE**

SEZIONE 1

di essere residente a _____ prov. _____

(Si intende: Iscritto all'Anagrafe del Comune di/ Stato estero di provenienza)

in via _____ n. _____

SEZIONE 2

di essere domiciliato a _____

in via _____ n. _____

per il seguente motivo: **Studio** **Lavoro** **Salute**

(allegare documentazione a supporto della motivazione scelta)

SEZIONE 3

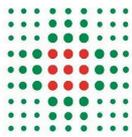
di essere in attesa di **primo** permesso di soggiorno, ALLEGO COPIA del tagliando di richiesta

di essere in possesso di permesso di soggiorno con scadenza _____ di cui ALLEGO COPIA

di essere in attesa di **rinnovo** di PDS, richiesto in data _____ di cui ALLEGO COPIA

appuntamento in Questura in data _____ (allegare documentazione)

PROSEGUE SEZIONE 3 ➡



Per il seguente motivo:

- Per Studio (*allegare iscrizione corso di studi per l'anno in corso*)
 - Collocato alla pari (*es. PdS per Vacanza-Studio*)
 - Motivi familiari: ultra65enne che si ricongiunge a familiare straniero
 - Motivi familiari: neonato in Italia da genitore con iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale
- Se Motivi familiari indicare **familiare a carico di** _____ **C.F.** _____
- Residenza elettiva (*cittadino/a che non svolge attività lavorativa e che non è titolare di pensione italiana*)
 - Motivi religiosi (*escluso chi percepisce un reddito da lavoro in Italia*) (NOTA RER PG/2008/157896)
 - Assistenza minori in assenza di attività lavorativa (*Circ. MinSan 16/04/2009*)
 - Straniero che partecipa a programmi di volontariato (*art. 27bis 286/98 Circ. Min. San. 19/11/2007*)
 - Personale diplomatico e consolare delle Rappresentanze estere operanti in Italia, MAE, con esclusione del personale assunto a contratto in Italia per il quale è obbligatoria l'iscrizione al SSR
 - Dipendenti stranieri di organizzazioni internazionali operanti in Italia;
 - Giornalista accreditato in Italia dipendente da Organi di Stampa ovvero Emittenti straniere
 - Lavoratore non tenuto a corrispondere in Italia l'imposta IRPEF (*art. 27ter 286/98*) (*lavoratori dello spettacolo/lettori e professori*)
 - Motivi sportivi (*con esclusione di coloro che percepiscono un reddito da lavoro in Italia*)

SEZIONE 4

- Di avere conseguito nel precedente anno un reddito complessivo di € di cui, in Italia € e all'estero; (*di cui allego documentazione*)
- Di avere versato in data il contributo annuale dovuto di €..... in base a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213) così come indicato nella informativa in calce e di allegare ricevuta di avvenuto versamento.
- Di essere a conoscenza che L'iscrizione dà diritto all'assistenza sanitaria nel territorio nazionale e non all'assistenza sanitaria all'estero (no TEAM - Tessera Europea Assicurazione Malattia)

CHIEDE

per l'anno _____ l'assegnazione del Medico di Medicina Generale o del Pediatra

(*in ordine di preferenza*)

1^a scelta Dr. _____ 2^a scelta Dr. _____ 3^a scelta _____

Qualora tutti e tre i medici indicati avessero superato il numero massimo di assistiti, occorrerà fare una nuova scelta

per sé e/o per i seguenti familiari a carico:

Cognome nome	luogo di nascita	Data di nascita	Relaz parentela	MMG/PLS scelto

I dati personali che Le vengono richiesti e, in particolare, i dati relativi alla sua salute, sono indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie richieste e sono utilizzati dal personale dell'Azienda USL di Bologna nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo i principi della normativa privacy. Il testo integrale dell'informativa, resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/GDPR e del D. Lgs. 196/2003 (e [ss.mm. ii](https://www.ausl.bologna.it/privacy/inf)) è consultabile sul sito dell'AUSL di Bologna al seguente link <https://www.ausl.bologna.it/privacy/inf>

SI FA PRESENTE CHE, AI SENSI DEL DPR 445/2000 ART. 71 CAPO V, NEL RISPETTO DELLE NORME IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, LA SCRIVENTE AZIENDA È TENUTA PER OBBLIGO DI LEGGE AD UN CONTROLLO, ANCHE A CAMPIONE, DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RILASCIATE DAI PROPRI ASSISTITI

DATA

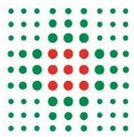
FIRMA DEL DICHIARANTE

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

La sottoscrizione delle soprascritte dichiarazioni e istanza è stata apposta in mia presenza/richiesta telematicamente dal dichiarante, identificato con doc. _____ n° _____ rilasciato/a da _____ il _____

Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

Data _____ **Login Operatore** _____ **Sportello di** _____



INFORMAZIONI E CALCOLO DEL CONTRIBUTO ANNUALE

L'importo del contributo annuale per l'iscrizione volontaria viene calcolato con gli aggiornamenti introdotti con Legge di Bilancio 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213) in percentuale al reddito dell'anno precedente.

La modalità di pagamento del versamento del contributo deve essere effettuato **esclusivamente tramite modello F24, con i seguenti codici:**

- Codice tributo 8846- contributo per le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale - saldo
- Codice regione 06 Emilia Romagna

Le informazioni per le modalità di compilazione del modello e i canali disponibili per il pagamento sono riportati sul sito dell'Agenzia delle Entrate: <https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/>

Il contributo non è frazionabile, non ha decorrenza retroattiva e ha validità per l'anno solare in cui viene versato: l'iscrizione scade pertanto in ogni caso il 31 dicembre di ciascun anno, indipendentemente dalla data del versamento.

Per i soggiornanti con Permesso di Soggiorno per motivi di studio e per motivi religiosi il contributo è € 700 (solo qualora lo studente non abbia redditi diversi da borse di studio o da sussidi economici erogati da enti pubblici italiani);

Per i collocati alla pari il contributo è € 1.200.

Per entrambi, se risultano familiari a carico, la misura del contributo deve essere calcolata secondo le modalità generali.

I cittadini stranieri entrati in Italia per motivi di turismo, affari, cure mediche (art.36) non possono optare per l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale,

Ai sensi di legge l'ammontare del contributo non può essere inferiore a € 2.000 ed è valido anche per i familiari a carico.

Per i soggetti che non hanno redditi propri, si fa riferimento al reddito **del soggetto del quale sono a carico**. (DM 08/10/86 art. 3)

Nel caso in cui il familiare per il quale si chiede l'iscrizione non sia fiscalmente a carico è previsto il versamento della quota minima di euro 2.000 (a meno che non sia un figlio minore) .

Per l'extra UE che nel 1^a anno di soggiorno in Italia non può autocertificare il reddito dovrà essere versata almeno la quota minima per ogni soggetto iscritto. Per gli anni successivi qualora non abbiano redditi propri, si fa riferimento al reddito **del soggetto del quale sono a carico**. (DM 08/10/86 art. 3)

Nei casi in cui il carico fiscale non sia documentabile per ogni soggetto iscritto dovrà essere versata almeno la quota minima.

Il calcolo del contributo dovuto viene effettuato dal Distretto Sanitario competente per l'iscrizione tenendo conto dei requisiti dell'utenza, sulla base dei criteri dettati dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali.

Tale contributo si calcola applicando:

■ l'aliquota del 7,50% fino alla quota di reddito pari a € 20.658,28

■ l'aliquota del 4% sugli importi eccedenti a € 20.658,28 e fino al limite di €. 51.645,69.

In tutti i casi l'importo non potrà essere inferiore a € 2.000