



Mod. Iscrizione Volontaria Extra UE

Cognome **SURNAME** _____ Nome **NAME** _____ C.F. **OFFICIAL ITALIAN TAX ID** _____
 nato/a a **PLACE OF BIRTH** _____ il **DATE OF BIRTH** _____
 cittadinanza **CITIZENSHIP** _____ tel / cellulare **MOBILE PHONE** _____
 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'infestatario 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

IF YOU ARE COMPLETING THE REGISTRATION FOR YOURSELF, TICK HERE

DICHIARA

SEZIONE 1
 di essere residente a _____ prov. _____
 (Si intende: Iscritto all'Anagrafe del Comune di/ Stato estero di provenienza)
 in via _____

IF YOU ARE NOT FORMALLY RESIDING IN ITALY, ADD HERE INFO ABOUT YOUR ACCOMMODATION IN ITALY

SEZIONE 2
 di essere domiciliato a **CITY** _____
 in via **STREET** _____ n. _____
 Consapevole che il domicilio qui indicato determina l'ambito di scelta del medico

IF YOU APPLIED FOR YOUR FIRST RESIDENCE PERMIT, AND YOU'RE WAITING FOR IT, TICK HERE

SEZIONE 3
 di essere in attesa di **primo permesso di soggiorno**, ALLEGO COPIA del tagliando di rinnovo
 di essere in possesso di **permesso di soggiorno**
 di essere in attesa di **rinnovo di PDS**, di cui ALLEGO COPIA del precedente e del tagliando di rinnovo
 appuntamento in Questura in data _____ (allegare documentazione)

Per il seguente motivo:
 Per Studio (*esclusi coloro che hanno diritto all'obbligatoria per precedente iscrizione con motivi familiari*)
 Collocato alla pari
 Motivi familiari: ultra65enne che si ricongiunge a familiare straniero (no naturalizzato italiano)
 Motivi familiari: neonato in Italia da genitore con iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale
 Se Motivi familiari indicare **familiare a carico di** _____ **CF** _____

Per le categorie seguenti compilare anche la sezione 4:
 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 PER PG/2008/157806)
 Assistenza minori in assenza di attività lavorativa (Circ. MinSan 16/04)
 Straniero che partecipa a programmi di volontariato (art. 27bis 286/98)
 Dipendente straniero di Organizzazioni internazionali operanti in I Rappr. Diplomatiche e Consolati (*escluso personale assunto in Italia per*)
 Giornalista ~~accreditato~~ in Italia dipendente da Organi di Stampa ovvero
 Lavoratore non tenuto a corrispondere in Italia l'imposta IRPEF (art. 27ter 286/98)
 Eventuali altre categorie individuate per esclusione con riferimento a quanto precisato in materia di iscrizione obbligatoria (es. PdS per Vacanza-Studio)
 Motivi sportivi (*con esclusione di coloro che percepiscono un reddito da lavoro in Italia*)

IF YOU ARE APPLYING FOR THE RENEWAL OF THE PERMIT, TICK HERE

IF YOU HAVE A RESEARCH VISA, AND YOU SIGNED A CONTRACT FOR AN "ASSEGNO DI RICERCA", TICK HERE. FOR OTHER OPTIONS, PLEASE CONTACT DIRI.VISITING@UNIBO.IT

THE YEAR BEFORE THE ONE YOU ARE REGISTERING FOR THE SSN

THE INCOME YOU EARNED IN THE CALENDAR YEAR BEFORE THE ONE YOU ARE REGISTERING FOR THE SSN

SEZIONE 4

di aver percepito nel _____ (anno precedente alla richiesta di versamento del contributo volontario) un reddito pari ad Euro _____ in Italia all'Estero.

WAS THE INCOME EARNED IN ITALY OR OUTSIDE ITALY?

D.M. 8.10.1986: "L'iscrizione volontaria comporta il pagamento di un contributo annuale nell'anno precedente a quello d'iscrizione, che fissa la percentuale contributiva nella misura della quota eccedente il predetto importo e fino al limite di € 51.645,68 è dovuto un contributo nella misura del 4%.

L'ammontare del contributo non può comunque essere inferiore all'importo di € 387,34.

COME CALCOLARE L'AMMONTARE DEL CONTRIBUTO	
REDDITO	QUOTA DA VERSARE PER LA VOLONTARIA
Da 0 a € 5.164,55	Importo forfettario = € 387,34
> € 5.164,55 e ≤ € 20.658,27:	reddito dichiarato x 7,5%
> € 20.658,27 e ≤ € 51.645,68	{(20.658,27 x 7,5%) + [(reddito dichiarato - 20.658,27) x 4%]}
> € 51.645,68	importo sempre = € 2.788,86

Importo dovuto Euro _____ **(CALCULATED DUE FEE)**

Da pagare tramite distinta PagoPA emessa dalla rete degli Sportelli Aziendali CUP - (NO Farmacie)

L'iscrizione volontaria all'SSR è valida per l'anno solare (1 gennaio - 31 dicembre), non è frazionabile e non ha decorrenza retroattiva indipendentemente dalla data di effettuazione del pagamento.

L'iscrizione dà diritto alla assistenza sanitaria nel territorio nazionale e non alla assistenza sanitaria all'estero

YEAR OF REGISTRATION

per l'anno _____ **CHIEDE**

l'assegnazione del Medico di Medicina Generale o del Pediatra (in ordine di preferenza)

1^ scelta Dr. _____ **DOCTOR - NAME** 2^ scelta Dr. _____ **DOCTOR - NAME 2** scelta _____ **DOCTOR - NAME 3**

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:

Cognome nome	luogo di nascita	Data di nascita	Relaz parentela	MMG/PLS scelto
WRITE 3 SURNAMES OF GENERAL PRACTITIONERS; YOU CAN LOOK ON https://www.progetto-sole.it/cercamedico/				

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) è consultabile sul sito dell'AUSL di Bologna al seguente link <http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/staff/anticorruzione-trasparenza-e-privacy/privacy/informativa>

DATE

Luogo, data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____ **SIGNATURE**

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 _____

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