

Cittadini italiani iscritti all'AIRE residenti in Paesi extra UE/non EFTA: richiesta di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale

L. n. 111 del 12/6/2026

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| Cittadinanza

Stato di residenza

| Città di residenza

Via

| n.

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

DICHIARO

scrivere le informazioni richieste

► di essere iscritto all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero (AIRE) nel comune di

(specificare ultimo comune di residenza)

► di essere consapevole che l'attivazione e il rinnovo dell'iscrizione al SSN sono subordinati al versamento del contributo annuale non frazionabile, salvo eventuali successivi adeguamenti o diverse indicazioni ministeriali

► di non aver diritto ad essere iscritto al Servizio Sanitario Nazionale in virtù di Regolamenti Comunitari, Accordi Internazionali o Convenzioni Bilaterali tra l'Italia e altri Stati esteri (es. S1 o modelli previsti dalle Convenzioni)

► che durante la permanenza in Italia il mio domicilio sarà nel comune di

Via

| n.

| Prov. MO

CHIEDO

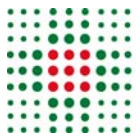
☐ per me

► l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della legge n.111 del 12/6/2026

► l'assistenza del dott. (nome e cognome)

► se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)



2. dott. (nome e cognome)

3. dott. (nome e cognome)

CHIEDO INOLTRE (compilare solo se si chiede il medico/pediatra per un minore)

in qualità di

☐ genitore che esercita la responsabilità genitoriale insieme all'altro genitore, che concorda

☐ genitore che esercita la responsabilità genitoriale in esclusiva

☐ tutore/affidatario

del minore

(nome e cognome)

☐ maschio

☐ femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritto all'AIRE nel comune di

Stato di residenza

Città di residenza

Via | n.

► l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale

► l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

► se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)

del minore

(nome e cognome)

☐ maschio

☐ femmina

nato/a il

a | Prov.

Stato di nascita

cittadinanza

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritto all'AIRE nel comune di

Stato di residenza

Città di residenza

Via | n.

► l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale

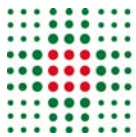
► l'assistenza del medico/pediatra

dott. (nome e cognome)

► se non disponibile, in alternativa chiedo l'assistenza del

1. dott. (nome e cognome)

2. dott. (nome e cognome)



DICHIARO INOLTRE (compilare solo se si chiede il medico/pediatra per un minore)

► che almeno un genitore/ il tutore sia iscritto al SSN, anche provvisoriamente, ai sensi della legge n. 111 del 12/6/2026

Compilare solo se la richiesta è presentata dal genitore non iscritto al SSN ai sensi della legge n. 111 del 12/6/2026

Dati del genitore (nome)

| (cognome)

(data di nascita)

| (codice fiscale)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

scrivere le informazioni richieste

► durante la permanenza in Italia il domicilio del minore sarà nel comune di

Via

| n.

| Prov. MO

► che il minore non ha altresì diritto ad essere iscritto al Servizio Sanitario Nazionale in virtù di Regolamenti Comunitari, Accordi Internazionali o Convenzioni Bilaterali tra l'Italia e altri Stati esteri (es. S1 o modelli previsti dalle Convenzioni)

SCELGO DI

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

☐ ricevere il documento che attesta il medico assegnato, per posta elettronica all'indirizzo (specificare) _____
consapevole che, in caso di indirizzo di posta elettronica non certificata, non è garantita la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio

☐ ricevere il documento che attesta il medico assegnato per posta, all'indirizzo (specificare solo se diverso da quello già indicato) _____

Via

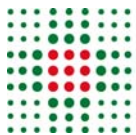
Comune

| CAP

| Prov.

ALLEGRO

- un documento di identità in corso di validità per me e per i minori per i quali è richiesta la scelta del Medico o del Pediatra
- il codice fiscale rilasciato dall'Agenzia delle Entrate, per me e per i minori per i quali è richiesta la scelta del Medico o del Pediatra
- scheda statistica iscrizione volontaria al SSN
- documentazione attestante l'iscrizione AIRE oppure dichiarazione sostitutiva di iscrizione AIRE
- ricevuta del versamento del contributo annuale



SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (per esteso e leggibile) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy.

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su www.ausl.mo.it/informative-privacy. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a dpo@ausl.mo.it

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come presentare la richiesta

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata, all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it trasmettendo con un unico invio tutta la documentazione (modulo e relativi allegati) altrimenti non sarà possibile prendere in carico la richiesta.

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC le garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE! Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve ricordarsi di compilare anche il "Modulo di delega".

Come viene assegnato il medico/pediatra

Il medico/pediatra può essere assegnato solo se ha posti disponibili. La verifica sulla disponibilità di posti viene eseguita in riferimento ai singoli medici, seguendo l'ordine indicato nella richiesta.