



ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10 D.M. 08/10/1986

PRIMA ISCRIZIONE CONFERMA ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

NAZIONALITA' _____ PROFESSIONE _____

DOMICILIO/RESIDENZA ALL'ESTERO _____

CODICE FISCALE ITALIANO _____

DOMICILIO/RESIDENZA IN ITALIA (comune) _____

VIA _____ N. _____

RECAPITO TELEFONICO (possibilmente cellulare) _____

(i cittadini stranieri collocati alla pari devono indicare la dimora in Italia)

FAMILIARI A CARICO

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____

Rapporto di parentela _____ Eventuali redditi _____

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____

Rapporto di parentela _____ Eventuali redditi _____

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____

Rapporto di parentela _____ Eventuali redditi _____

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____

Rapporto di parentela _____ Eventuali redditi _____

REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NEL _____ IN ITALIA _____

ALL'ESTERO _____ CORRISPONDENTE IN EURO _____

TIPO DI CONTRIBUTO:

CONTRIBUTO MINIMO (privi di reddito e religiosi)

CONTRIBUTO SUPERIORE AL MINIMO (da conteggiare successivamente pari al 7,5% del reddito fino a € 20.658,28 + 4% eccedenza fino a € 51.645,69)

FORFETARIO (per studenti, collocati alla pari e genitori ultrasessantacinquenni)

VERSATO IN EURO _____ IN DATA _____

IL DIPENDENTE DA ENTI O ORGANISMI INTERNAZIONALI DOVRA' INDICARE INOLTRE: ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO _____ QUALIFICA _____ REDDITO PERCEPITO QUALE DIPENDENTE DEL PREDETTO ORGANISMO _____
--

CERTIFICAZIONI PRODOTTE IN ORDINE AL REDDITO:

AUTOCERTIFICAZIONE _____

CERTIFICATI AUTORITA' COMPETENTI _____

ALTRE CERTIFICAZIONI (specificare) _____

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

Data _____

(firma)

SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO COMPETENTE DELL'AUSL

La domanda di iscrizione è pervenuta in data: _____

Timbro ufficio
FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE