

	<b>SERVIZIO ACCETTAZIONE E FRONT OFFICE</b> <b>- SPORTELLINO UNICO -</b>	Codice procedimento: 2/SAFO
		Termine per provvedere dalla richiesta: immediato
		Codice titolario: II.1.01.01.06

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>  
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 02 SAFO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**ISCRIZIONE VOLONTARIA AL S.S.N. CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
 Residenza/Domicilio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Professione \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28/12/2000 n. 445,**  
**CHIUNQUE rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo**  
**stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,**  
**DICHIARA**

di essere Titolare di Permesso di soggiorno per \_\_\_\_\_ e  
 che il **proprio reddito complessivo conseguito nell'anno precedente** (\_\_\_\_\_) in Italia o  
 all'estero è stato di Euro \_\_\_\_\_ e di versare quindi, ai fini  
 dell'iscrizione volontaria al S.S.N., la quota annuale di Euro \_\_\_\_\_  
 di non possedere alcun reddito proprio né in Italia né all'estero e di essere a carico:

Cognome e Nome	Cod. Fiscale	Rapporto di parentela	Eventuali redditi	FIRMA

di essere Titolare di Permesso di soggiorno per **STUDIO** e  
 di essere iscritto alla Scuola \_\_\_\_\_ Anno scolastico \_\_\_\_\_  
 di non possedere redditi diversi da borse di studi/sussidi  
 di percepire borsa di studio/sussidio erogati da \_\_\_\_\_  
 di versare, ai fini dell'iscrizione volontaria al S.S.N., la quota annuale di Euro \_\_\_\_\_

di essere Titolare di Permesso di soggiorno per **persone collocate alla pari** e di versare, ai fini  
 dell'iscrizione volontaria al S.S.N., la quota annuale di Euro \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs.196/2003 ("PRIVACY") e G.D.P.R. 2016/679**  
 "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs. 196/2003 e ss.m.i. e al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN2, esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Documenti allegati alla presente istanza:  
 Scheda Statistica  
 Copia 730 o Mod. Redditi o Mod. CU

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_