

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: _____

SCELTA MEDICO: DOTT. _____

FAMILIARI A CARICO

Cognome e Nome	data di nascita	rapporto di parentela	SCELTA MEDICO
----------------	-----------------	-----------------------	----------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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 e collocati alla pari)

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) _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del Richiedente _____