

**ISCRIZIONE FACOLTATIVA**

**SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10D.M. 8.10.86**

**PRIMA ISCRIZIONE**

**CONFERMA ISCRIZIONE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

NAZIONALITÀ \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

DOMICILIO ALL'ESTERO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE ITALIANO \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN ITALIA NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

(I Cittadini collocati alla pari devono indicare la dimora in Italia)

**FAMILIARI A CARICO**

cognome	nome	d. nascita	parentela

**REDDITO COMPLESSIVO** CONSEGUITO NEL \_\_\_\_\_ IN ITALIA \_\_\_\_\_

ALL'ESTERO \_\_\_\_\_

CORRISPONDENTE IN EURO \_\_\_\_\_

(in valuta estera)

**CONTRIBUTO VERSATO IN EURO** \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE DI 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 \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.

Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito: <https://www.uslnordovest.toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale>

Li \_\_\_\_\_ Firma dell'assistito \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modifiche ed integrazioni, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente (o inviata via fax, tramite un incaricato o a mezzo posta) unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La domanda di iscrizione è pervenuta in data \_\_\_\_\_

Timbro USL

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE

## INFORMAZIONI E CALCOLO DEL CONTRIBUTO ANNUALE

L'iscrizione volontaria al SSR per i soggetti aventi i requisiti necessari, si formalizza con:

- **Compilazione dell'apposito modulo** RICHIESTA DI ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - Scheda statistica di cui all'art. 10 del DM 8.10.1986, in forma di Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà (art. 46, 47 DPR n.445/2000).

### - **Pagamento del contributo dovuto**

Il contributo annuale per l'iscrizione volontaria viene determinato ai sensi del **DM 8 ottobre 1986** e viene calcolato in percentuale al reddito dell'anno precedente. Il contributo\* non è frazionabile, non ha decorrenza retroattiva e ha validità per l'anno solare in cui viene versato: l'iscrizione scade pertanto in ogni caso il 31 dicembre di ciascun anno, indipendentemente dalla data del versamento.

Per i soggiornanti con Permesso di Soggiorno per **motivi di studio** il contributo è **€ 700,00** (solo qualora lo studente non abbia redditi diversi da borse di studio o da sussidi economici erogati da enti pubblici italiani);

Per i **collocati alla pari** il contributo è **€ 1200,00**.

Per entrambi, se risultano familiari a carico, la misura del contributo deve essere calcolata secondo le modalità generali.

I cittadini stranieri entrati in Italia per **motivi di turismo, affari, cure mediche non possono** fare l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale, ma possono accedere alle prestazioni ed ai servizi erogati pagando per intero delle relative tariffe.

Ai sensi di legge l'ammontare del contributo **non può essere inferiore all'importo di € 2000,00** ed è valido anche per i familiari a carico.

Per i soggetti che non hanno redditi propri, si fa riferimento al reddito del soggetto del quale sono a carico.

Nel caso in cui il soggetto non sia fiscalmente a carico di familiari (a meno che non sia un figlio minore), ovvero nei casi in cui tale carico fiscale non sia documentabile (anche tramite autocertificazione) per ogni soggetto iscritto dovrà essere versata almeno la quota minima.

Il **calcolo del contributo dovuto viene effettuato dal Distretto Sanitario competente per l'iscrizione** tenendo conto dei requisiti dell'utenza, sulla base dei criteri dettati dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali. (Allegato 5 – Foglio di calcolo)

### **REDDITI % CONTRIBUTO ANNUO**

fino ad € 20.658,28	7,50%	€ 2000,00
da € 20.658,29 e fino ad € 51.645,69	(o più) 4,00%	da € 2000,00 a € 2788,87
da € 51645,69		€ 2788,87

### **Modalità di pagamento**

Il contributo dovuto, in base al DM 8.10.1986 deve essere effettuato con modello F24:

CODICE TRIBUTO: 8846

CODICE REGIONE: 17

ANNO DI RIFERIMENTO: XXXX (anno di iscrizione al SSN)

*\*aggiornato con L. 213 del 30/12/2023 art. 1 co 240-241*