

**RICHIESTA DI SCRIZIONE VOLONTARIA AL S.S.R. AUTOCERTIFICAZIONE
(artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000) - CITTADINI EXTRA-COMUNITARI**

Prima iscrizione

Rinnovo iscrizione

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

nato/a a _____ il _____

cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

tel. _____ e_mail _____

domicilio all'estero _____

residente in Italia nel Comune di _____ prov (_____)

via _____

domiciliato/a in Italia nel Comune di _____ prov (_____)

via _____

in possesso del permesso di soggiorno n. _____ rilasciato da _____
motivo del rilascio _____ con scadenza il _____

in attesa di primo rilascio del permesso di soggiorno/del rinnovo del permesso di soggiorno con
motivo del PdS _____ richiesto in data _____

CHIEDE

L'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) per l'anno _____

DICHIARA

Di non essere assicurato per il rischio malattia e maternità da altra Istituzione Pubblica e/o Privata

Di essere a carico del seguente familiare:

Di avere a carico i seguenti familiari:

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Eventuali redditi

Di avere conseguito nel precedente anno un reddito complessivo⁽¹⁾ di € _____

di cui in Italia € _____ per _____

(indicare il tipo di rapporto di lavoro: subordinato, autonomo, altro..... in Italia)

e all'estero _____ come da allegata attestazione, corrispondente a €⁽²⁾ _____

1) Reddito complessivo sommato a quello eventuale dei predetti familiari a carico. Per gli ultra65 ricongiunti e per i soggetti che non hanno redditi propri, si fa riferimento al reddito del soggetto del quale sono a carico. Per ogni soggetto iscritto dovrà essere versata una quota, tranne nei casi di familiari a carico.

2) Per la conversione in € dei redditi prodotti in valuta estera si applica il tasso di cambio in vigore alla data di sottoscrizione dell'autocertificazione.

- Di avere versato in data _____ il contributo annuale dovuto di € _____ in base a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213) così come indicato nella informativa in calce e di allegare ricevuta di avvenuto versamento F24.
- Di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualunque variazione relativamente ai dati dichiarati.
- Di impegnarsi a effettuare il necessario conguaglio dell'importo, qualora vengano adottate nuove tariffe e criteri di applicazione della normativa vigente, pena la cancellazione dell'iscrizione al SSR e l'addebito dei costi delle prestazioni in caso di mancato diritto alla copertura.
- Di autorizzare l'ASUFC a trattare i Suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018).
- Dichiaro inoltre, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione ai sensi dell'art.46-47 del D.P.R n.445/2000.
- Di essere consapevole che l'iscrizione NON dà diritto all'assistenza sanitaria all'estero e che la Tessera Sanitaria TEAM rilasciata a seguito di iscrizione al SSR ha valore esclusivamente nel territorio italiano.

Il dipendente straniero di enti o organismi internazionali dovrà indicare, inoltre:

Organismo presso il quale presta servizio: _____

Qualifica: _____

Reddito percepito nell'anno _____ quale dipendente del predetto organismo: € _____

Elenco documenti allegati:

- Certificazioni attestanti i redditi prodotti all'estero rilasciati dall'autorità competente, corredata di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana:

n. _____ certificati rilasciati da _____

altre certificazioni (specificare) _____

- Documento di identità in corso di validità

- Ricevuta di versamento Mod F24

- Fotocopia permesso di soggiorno

_____, li _____

Firma del dichiarante _____

- Il dichiarante identificato mediante _____ ha sottoscritto la su estesa dichiarazione in presenza del dipendente incaricato _____

- Il dichiarante allega copia fotostatica non autenticata di un documento valido di identità.

Il dipendente incaricato _____

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.**
- **Pagamento del contributo dovuto.** Il contributo annuale per l'iscrizione volontaria viene calcolato con gli aggiornamenti introdotti dalla Legge di Bilancio 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213) 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 di € 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 pari a € 1.200,00.

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 le relative tariffe.

Ai sensi di legge l'ammontare del contributo non può essere inferiore all'importo di € 2.000,00 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.

Tale contributo si calcola applicando:

- l'aliquota del 7,50% fino alla quota di reddito pari a € 20.658,28.
- l'aliquota del 4% sugli importi eccedenti a € 20.658,28 e fino al limite di €. 51.645,69.

In ogni caso l'importo non potrà essere inferiore a € 2.000,00

- **Modalità di pagamento:** il versamento del contributo deve essere effettuato su modello F24 indicando:
 - codice tributo 8846 "CONTRIBUTO PER LE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SALDO"
 - codice regione 7 (Friuli Venezia Giulia)
 - anno di riferimento: xxxx (anno di iscrizione al SSR).

L'iscrizione NON dà diritto all'assistenza sanitaria all'estero e la Tessera Sanitaria TEAM rilasciata a seguito di iscrizione al SSR ha valore esclusivamente nel territorio italiano.

Il versamento effettuato in altra Regione non dà diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia.