

**ASSICURAZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Scheda statistica di cui all'art. 10 del Decreto Ministeriale 8.10.1986

**Prima iscrizione**

**Conferma iscrizione**

**A) Parte da compilare a cura dell'iscritto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Domicilio all'estero \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Codice Fiscale italiano \_\_\_\_\_

RESIDENZA IN ITALIA COMUNE DI \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

( I cittadini stranieri collocati alla pari devono indicare la dimora in Italia) \_\_\_\_\_

**FAMILIARI A CARICO**

Cognome e nome	Data di nascita	Rapp. di parentela	Eventuale reddito
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NEL \_\_\_\_\_

IN ITALIA \_\_\_\_\_ ALL'ESTERO \_\_\_\_\_

(in valuta estera) Corrispondente in EURO \_\_\_\_\_

CONTRIBUTO VERSATO euro \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE DA ENTI O ORGANISMI INTERNAZIONALE 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 )

Firma dell'iscritto \_\_\_\_\_

**B) PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO**

LA DOMANDA DI ISCRIZIONE E' STATA PRESENTATA IN DATA \_\_\_\_\_

Timbro dell' U.S.L.

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE

**Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza**