

DISTRETTO SANITARIO DI

**ASSICURAZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ADEGUAMENTO TARIFFE ISCRIZIONE VOLONTARIA**

- D.Lgs 286/98 –

- Circolare Ministero della Sanità DGRUERI 9682/P del 2009
- Circolare D.C.S.P.S. (Regione F.V.G.) N. 9837/P dd. 15/05/2013

**IMPEGNO DI SPESA (commitment of expenditure) di
cui alle fonti normative sopra richiamate**

Prima iscrizione (First Registration)

Conferma iscrizione (Registration confirmation)

A) PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'ISCRITTO: (Part of the member to be completed by)

| | |
|--|------------------------------|
| Cognome (Surname) | Nome (Name) |
| Data e luogo di nascita (Date and place of birth) | Nazionalità (Nationality) |
| Domicilio all'estero (Residence abroad) | |
| Professione (Occupation) | Codice Fiscale italiano |
| RESIDENZA IN ITALIA COMUNE DI (The municipality of residence in Italy) | Via |
| O, PER CONTO DI: (on behalf of) | |
| Cognome (Surname) | Nome (Name) |
| Data e luogo di nascita (Date and place of birth) | Nazionalità (Nationality) |
| GRADO DI PARENTELA: (Relationship) | |

Ultrasessantacinquenne in possesso di permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare senza grado di parentela o affine a cittadino dell'unione europea (More than 65 years of age in possession of permit for family reunion without relationship or relative a citizen of the European Union)

SI IMPEGNA (DO HEREBY COMMIT MYSELF)

A corrispondere il necessario conguaglio qualora vengano adottate le nuove tariffe da parte del competente Ministero. (To pay the necessary adjustment if the new rates are adopted by the Ministry competent doctor).

Data _____
(Date)

FIRMA LEGGIBILE _____
(Signature)

B) PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO

Timbro dell' U.S.L.

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'ASUIUD solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto Sanitario di appartenenza – L'originale deve essere trattenuto dall'assistito - una fotocopia deve essere trattenuta agli atti dell'Ufficio del Distretto e una copia inoltrata in formato PDF all'Ufficio Convenzioni Internazionali e Assistenza Indiretta