

HOW TO FILL IN THE FORMS FOR THE ENROLLMENT TO SSN (Servizio Sanitario Nazionale – Italian Public Health System)

IMPORTANT:

If you pass over the fields with your mouse you can find the translation of the fields names in English.

FORM 1 = SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10 D.M. 8.10.86

Choose PRIMA ISCRIZIONE, if it is the first time you join to SSN

Choose CONFERMA ISCRIZIONE, if you are going to renew your health card

Cognome = Surname(s)

Nome = Given Name(s)

Luogo di Nascita = Birth place [format: **City (Country)**]

Data di Nascita = Birth date [format: **dd/mm/yyyy**]

Nazionalità = Citizenship [format: **your country name in Italian**]

Professione = Job [already filled in]

Domicilio all'estero = Your address abroad [**not mandatory**]

Codice Fiscale Italiano = Italian Fiscal Code

Residente in Italian nel comune di = the italian city where you live [usually Trieste]

Via = your address in Trieste [street name]

N. = Number

FAMIGLIARI A CARICO = fill in this section if you have some familiars who lives with you in Italy

You have to enter your familiars' surname, name, birth day, relationship with you (child = figlio; wife = moglie; husband = marito), incomes they received in the previous year (if any)

Reddito complessivo conseguito nel = usually enter the past year

In Italia = incomes you collected in Italy (**usually do not change “borsa di studio di dottorato esente IRPEF”**; please contact phd@sisa.it if you have an “assegno di ricerca”)

All'estero = incomes you collected abroad (usually leave it blank)

Corrispondente in Euro = if the incomes abroad are not in €, they ask for the conversion

Contributo versato in Euro = Contribution for SSN (if you do not live with any familiar is € 149,77; if you paid for you and your family, you paid € 387,34)

In data = date when you paid for it. You can find it on the giroslip or in your bank account, if you paid via bank transfer

Leave blank the rest of the form. Just enter the date (Luogo e Data) and Sign the form (Firma dell'assistito).

FORM 2 = Mod. Scelta del medico di base (anche per i minori)

Io sottoscritto/a = Your SURNAME(S) Name(s)

Codice Fiscale = Italian Fiscal Code

Di essere nato/a a = Birth place [format: **City (Country)**]

Prov. = EE is for **not Italian Birth place**

Il = Birth date [format: **dd/mm/yyyy**]

Residente a = city where you live in Italy (usually Trieste)

Via = your address street name & number

Cap = Zip code

n. tel. = Italian Phone number [**not mandatory**]

cell. = Italian Mobile number [**not mandatory**]

di REVOCARE il Medico di Famiglia = **leave it blank**. Fill in ONLY if you want to CHANGE your current doctor. Enter here your current doctor's name.

Contestualmente di SCEGLIERE IL Medico di Famiglia = **leave it blank**. Fill in ONLY if you want to CHANGE your current doctor. Enter here your new doctor's name.

1. DOTT ect. = PLEASE FILL THE FIELDS WITH AT LEAST 3 DOCTORS' NAMES. If the first does not have free spots, you will be assigned to the 2nd, and so on.

PER IL SOTTOSCRITTO = CHECK THE BOX IF THE REQUEST IS FOR YOU

Fill in the following section if you have **children**

Per il/i seguente/i familiare/i minore/i = check the box if you are choosing the doctor for your children

IN ACCORDO con l'altro genitore = put the name of the the other parent here

1. Nome e cognome etc. = enter the names & surnames of your children

Nato/a il = Their birth dates.

Residente/i a = your children address – city

Via = your children address – street name & number

Cap = your children address – Zip code

Trieste, = enter the date of today

FIRMA = Sign the form

DOCUMENTS REQUESTED BY DISTRETTOS

Passport

Permit of stay card (if any and also if expired)

Receipt of Assicurata (if you do not have a valid permit of stay card)

Old Health Card (if any)

Receipt of the Payment of the SSN for the proper year (this or next year).

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10 D.M. 8.10.86 put a check: 1) PRIMA =

PRIMA ISCRIZIONE ☒

CONFERMA ISCRIZIONE ☒

FIRST REGISTRATION; 2)
CONFERMA = RENEWAL

COGNOME SURNAME(S) NOME Given Name(s)
LUOGO DI NASCITA Birth Place (City and Country) DATA DI NASCITA DD/MM/YYYY (Birth date)
NAZIONALITA' Citizenship (COUNTRY name) PROFESSIONE studente di dottorato alla SISSA
DOMICILIO ALL'ESTERO reference address abroad, if any (not compulsory)
CODICE FISCALE ITALIANO Fiscal code number
RESIDENTE IN ITALIA NEL COMUNE DI TRIESTE
VIA Address (STREET NAME) N. Street Number

(i cittadini stranieri collocati alla pari devono indicare la dimora in Italia)

FAMILIARI A CARICO **DEPENDENT FAMILY MEMBERS (if any)**

cognome e nome	data di nascita	rapporti di parentela	eventuali redditi
----------------	-----------------	-----------------------	-------------------

<u>SURNAME(s) Name(s)</u>	<u>birth date (DD/MM/YYYY)</u>	<u>keenship</u>	<u>incomes (if any)</u>
---------------------------	--------------------------------	-----------------	-------------------------

REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NEL 2019 IN ITALIA borsa di studio di dottorato esente IRPEF

ALL'ESTERO abroad, in foreign currency, if any CORRISPONDENTE IN EURO euro ##.###,## if any
(in valuta estera)

CONTRIBUTO VERSATO IN EURO X in data X

IL DIPENDENTE DA ENTI O ORGANISMI INTERNAZIONALI DOVRA' INDICARE INOLTRE:

ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO leave blank

QUALIFICA ORGANISMO	REDDITO	PERCEPITO	QUALE	DIPENDENTE	DEL	PREDETTO
---------------------	---------	-----------	-------	------------	-----	----------

CERTIFICAZIONI PRODOTTE IN ORDINE AL REDDITO:

☐ AUTOCERTIFICAZIONE leave blank

☐ CERTIFICATI AUTORITA' COMPETENTI leave blank
(legalizzati e tradotti nei termini di legge)

☐ ALTRE CERTIFICAZIONI leave blank

☐ MI RISERVO DI PRODURRE LA CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALL'ORGANO COMPETENTE DELLO STATO ESTERO (legalizzata e tradotta nei termini di legge) NON APPENA NE ENTRERO' IN POSSESSO E COMUNQUE NEL PIU' BREVE TEMPO POSSIBILE
(specificare)

DICHIARO INFINE

di impegnarmi ad effettuare il necessario conguaglio qualora verranno adottate le nuove tariffe da parte del competente Ministero e/o qualora dalla certificazione rilasciata dallo Stato estero, nel caso in cui occorra, e di cui entrero' in possesso successivamente, dovesse risultare un reddito diverso rispetto a quanto da me dichiarato.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Luogo e data X Firma dell'assistito X

RISERVATO ALL' UFFICIO

La domanda di iscrizione è pervenuta in data _____

Timbro ufficio

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE