

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

PRIMA ISCRIZIONE ☐

CONFERMA ISCRIZIONE ☐

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

NAZIONALITA' _____ PROFESSIONE _____

DOMICILIO ALL'ESTERO _____

CODICE FISCALE ITALIANO _____

RESIDENTE IN ITALIA NEL COMUNE DI _____ o DOMICILIO

VIA _____ (please choose Residenza o Domicilio) N. _____

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

FAMILIARI A CARICO

cognome e nome

data di
nascita

rapporti di
parentela

eventuali
redditi

REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NEL _____ 2023 _____ IN ITALIA Borsa di dottorato esente IRPEF

ALL'ESTERO _____ CORRISPONDENTE IN EURO _____
(in valuta estera)

CONTRIBUTO VERSATO IN EURO _____ in data _____

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

ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO _____

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

CERTIFICAZIONI PRODOTTE IN ORDINE AL REDDITO:

☐ AUTOCERTIFICAZIONE _____

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

☐ ALTRE CERTIFICAZIONI _____

☐ 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

☒ MI RISERVO, ALTRESI', DI PROVVEDERE ALL'INTEGRAZIONE DELL'IMPORTO VERSATO IN CASO DELL'ENTRATA IN VIGORE DI NORME CHE MODIFICANO IL VALORE DEL CONTRIBUTO, PENA LA SOSPENSIONE DELL'ISCRIZIONE AL S.S.R.

(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 _____ Firma dell'assistito _____

RISERVATO ALL' UFFICIO

La domanda di iscrizione è pervenuta in data _____

Timbro ufficio

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Io sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (vedi nota allegata);

consapevole della possibilità che siano eseguiti controlli tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente (vedi note allegate);

DICHIARO

Di essere nato/a a _____ prov. (EE) il _____

Residente a Trieste via _____ cap _____

n. tel. _____ cell. _____

CHIEDO

di REVOCARE il Medico di Famiglia (o pediatra nel caso di minore) Dott. _____ e contestualmente di SCEGLIERE il Medico di Famiglia Dott. _____

o, se non disponibile, di SCEGLIERE come ulteriori opzioni uno dei seguenti professionisti
(compilare possibilmente tutte le opzioni richieste)

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. DOTT. _____ | 4. DOTT. _____ |
| 2. DOTT. _____ | 5. DOTT. _____ |
| 3. DOTT. _____ | 6. DOTT. _____ |

☒ PER il sottoscritto

☐ PER il/i seguente/i familiare/i minore/i (**al di sopra dei sei anni**) e/o tutelato/i, appartenenti al medesimo nucleo familiare IN ACCORDO con l'altro genitore _____
detentore della potestà genitoriale:

- | | |
|-------------------------|-----------------|
| 1. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 2. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 3. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |
| 4. Nome e cognome _____ | nato/a il _____ |

Residente/i a _____ via _____ cap _____

Si prega di inviare la copia della Tessera Sanitaria Cartacea a: (indicare l'indirizzo e-mail)

phd@sissa.it

TRIESTE, / /

FIRMA

Da allegare **per ogni utente che sceglie il medico:**

- Copia del documento di identità valido
- Copia della tessera sanitaria in uso