

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

**PRIMA ISCRIZIONE** First enrollment    
  **CONFERMA ISCRIZIONE** Confirm of enrollment

Surname **COGNOME** \_\_\_\_\_ Name **NOME** \_\_\_\_\_  
 Place of birth **LUOGO DI NASCITA** \_\_\_\_\_ Date of birth **DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_  
 Full address in your country **RESIDENZA/DOMICILIO ALL'ESTERO** \_\_\_\_\_  
 Profession **PROFESSIONE** Studente di dottorato .  
 Italian tax code **CODICE FISCALE ITALIANO** \_\_\_\_\_  
 Address **RESIDENZA/DOMICILIO IN ITALIA NEL COMUNE DI** Trieste (please cancel Residenza or Domicilio)  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

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

FAMILIARI A CARICO	data di nascita	rapporti di parentela	eventuali redditi
cognome e nome			

Total income in Italy \_\_\_\_\_  
 Total income abroad **REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NEL** 2025 **IN ITALIA** Borsa di dottorato esente IRPEF  
 ALL'ESTERO \_\_\_\_\_ **CORRISPONDENTE IN EURO** \_\_\_\_\_  
(in valuta estera)  
 Payment of the Health Insurance **CONTRIBUTO VERSATO IN EURO** 700,00 **in data** \_\_\_\_\_  
Date

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

**ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO** X \_\_\_\_\_  
**QUALIFICA** X \_\_\_\_\_ **REDDITO PERCEPITO** \_\_\_\_\_ **QUALE DIPENDENTE DEL PREDETTO ORGANISMO** \_\_\_\_\_

**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.  
I also reserve the right to supplement the amount paid in the event of the application of regulations that modify the value of the contribution, under penalty of suspension of the registration to SSN (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 \_\_\_\_\_  
Place and date

**RISERVATO ALL' UFFICIO** (signature)

La domanda di iscrizione è pervenuta in data \_\_\_\_\_

Timbro ufficio

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE