

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.e ii.)

CITTADINI DELL'UNIONE EUROPEA

che beneficiano dell'iscrizione obbligatoria al S.S.N.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 /2000 e ss.mm. e ii. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non aver effettuato scelta del Medico di base presso altra ASL
- di aver presentato al Comune i documenti per l'iscrizione anagrafica
- di non essere iscritto alla mutualità del Paese di origine
- opzione A) di non avere titolo all'iscrizione al SSN a carico dell'Istituzione di uno Stato membro
- opzione B) di avere titolo all'iscrizione al SSN a carico di uno Stato membro in quanto titolare di modello E106, E121, E109, E120, in particolare:
 - di essere un lavoratore (o familiare) distaccato in Italia da un'Azienda con sede in altro Stato membro (E106);
 - di essere un pensionato (o familiare) di sola Istituzione altro Stato membro (E121);
 - di essere familiare (residente in Italia) di lavoratore occupato presso altro Stato U.E. (E109);
 - di essere richiedente (o familiare) la pensione di un altro Stato U.E. (E121);
 - di essere familiare di disoccupato (E106);
 - di essere studente che segue un corso di studio in Italia (E106).
- di informare tempestivamente l'Azienda Sanitaria n. _____ di ogni cambiamento delle situazioni sopraelencate;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- che i propri familiari seco conviventi a carico e regolarmente soggiornanti sono:

1) Cognome Nome data di nascita luogo di nascita parentela
Codice Fiscale

2) Cognome Nome data di nascita luogo di nascita parentela
Codice Fiscale

3) Cognome Nome data di nascita luogo di nascita parentela
Codice Fiscale

Luogo e data_____

Il dichiarante_____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 444/2000 e ss.mm. e ii, la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante , all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

DICHIARAZIONE DI RESIDENZA

(rilasciata ai sensi dell'art. 46, lettera b, del DPR n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm. e ii.)

Il/La

sottoscritto/a _____

cognome nome

nato/a a _____ (_____)il _____

luogo sigla prov. data

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm e ii., sotto la propria responsabilità

**DICHIARA
di ESSERE RESIDENTE**

a _____

luogo

in _____

indirizzo

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data firma del dichiarante (*)

* La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata assieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante , all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

Dichiarazione di prestazione di servizio redatta dal datore di lavoro

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di titolare
della _____

DICHIARA

che _____ nato/a _____ il
_____ ha prestato servizio alle proprie dipendenze dal _____ al _____

con contratto di lavoro:

- a tempo determinato con scadenza il _____
- a tempo indeterminato con la qualifica di _____

Data

Firma e timbro dell'Azienda/Ente

FAMILIARI A CARICO (sia propri che del coniuge)

Per quel che riguarda l'individuazione di coloro che sono a carico si fa riferimento alle disposizioni normative che regolano il percepimento degli assegni familiari (d.p.r. 30 maggio 1955 n. 797 - D.L. 13 marzo 1988 n. 69 convertito in L. 13 maggio 1988 n. 153).

I soggetti per i quali possono essere richiesti gli assegni familiari sono:

- **CONIUGE** (escluso il coniuge legalmente ed effettivamente separato a meno che nell'atto di separazione sia previsto l'obbligo della corresponsione degli alimenti).
La persona convivente non può essere considerata "familiare". La direttiva comunitaria 38/2004 considera familiare anche il partner che abbia contratto con il cittadino comunitario un'unione registrata sulla base della legislazione di uno Stato membro, qualora le legislazione dello Stato membro equipari l'unione registrata al matrimonio e nel rispetto delle condizioni previste dalla legislazione dello Stato membro ospitante.
- **FIGLI O EQUIPARATI** di età inferiore a 18 anni.
Il limite è prorogato a:
21 anni se frequentano una scuola media superiore o risultano occupati come apprendisti;
26 anni se frequentano un corso di laurea;
senza limiti di età se i figli si trovano nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di grave infermità o difetto fisico o mentale.
I figli minori si considerano a carico quando il lavoratore provvede abitualmente al loro mantenimento. Il mantenimento è presunto in casi di convivenza, auto certificato in caso di non convivenza.
Equiparati ai figli: i figli adottati, affiliati e naturali (anche del coniuge), minori affidati dal Tribunale nonché tutti coloro per i quali viene esercitata la funzione di tutela e si provveda al loro totale mantenimento.
- **NIPOTI** in linea diretta (figli di un figlio) di età inferiore a 18 anni a carico di un ascendente diretto (nonno o nonna) che siano in stato di bisogno e mantenuti da uno dei nonni.
- **FRATELLI, SORELLE, NIPOTI COLLATERALI** (figli di fratelli e sorelle) a condizione che abbiano tutte le seguenti caratteristiche:
 - orfani di entrambi i genitori
 - minorenni o maggiorenni inabili
 - non abbiano conseguito il diritto a pensione ai superstiti.
- **GENITORI** di età superiore a:
 - 60 anni per il padre
 - 55 anni per la madre
 - senza limiti di età se inabili permanentemente al lavoro.
- **ASCENDENTI** in linea diretta (nonni) purché il lavoratore percepisca gli assegni per il genitore da essi discendente, ovvero il genitore stesso sia morto.

Per iscrivere un cittadino comunitario che si dichiara "a carico" occorrono i seguenti adempimenti:

- a) acquisizione** autocertificazione sulla vivenza a carico del capo famiglia
- b) accertamento** che il capo famiglia ha diritto alle detrazioni fiscali per il familiare (ad esclusione del figlio minorenne e del coniuge non separato).

**Dichiarazione sostitutiva della certificazione della qualità di
vivenza a carico**

(art. 46 D.P.R. 445 /2000 e ss.mm. e ii)

Il sottoscritto _____

residente a _____ provincia _____

in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 /2000 e ss.mm. e ii sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non avere redditi di importi superiori a quelli annualmente definiti dall'INPS e di essere a carico del capofamiglia _____

in qualità di: (barrare la categoria corrispondente alla propria posizione)

- 2) Coniuge
- 3) Figlio o equiparato
- 4) Nipote in linea diretta (figlio di un figlio)
- 5) Fratello, sorella
- 6) Nipote collaterale (figlio di fratello o sorella)
- 7) Genitore
- 8) Ascendente in linea diretta

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali limitatamente a quanto previsto dal D.Lgs. 193/2003.

_____ li _____

firma per esteso e leggibile

N.B.: ALLEGARE I DOCUMENTI COMPROVANTI LA VIVENZA A CARICO (ad esclusione del coniuge non separato e del il figlio minorenni)

AUTOCERTIFICAZIONE DI CUI AL DPR 445 /2000 e ss.mm. e ii

Non utilizzo TEAM per assicurati stranieri

Il/la sottoscritto/a nato/a
..... il e residente/domiciliato a
..... via
.....

Dichiara di essere informato che:

- 9) sul territorio nazionale italiano potrà continuare ad utilizzare il lato TS o Carta Regionale dei servizi;
- 10) fuori dal territorio nazionale italiano non dovrà più utilizzare il lato TEAM italiana in quanto dal 01/05/2010 ha diritto al rilascio della TEAM da parte dello Stato estero competente;
- 11) ogni utilizzo della TEAM italiana in altro Stato membro dopo il 01/05/2010 comporta che le relative spese verranno al sottoscritto addebitate.

Il sottoscritto è consapevole che:

- è penalmente sanzionabile se rilascia false dichiarazioni (art.76 D.P.R. n. 445/2000);
- l'uso improprio della TEAM comporterà l'addebito diretto delle prestazioni sanitarie.

AVVERTENZE IMPORTANTI

I dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.Lgs 196/2003).

IL DICHIARANTE

Data.....

D.P.R. 445 /2000 e ss.mm. e ii
Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Il sottoscritto _____,

(Cognome) (Nome)

nato a _____ prov. _____ Stato _____ il _____

c o m u n i c a

di acconsentire all'utilizzo dei dati riportati nella presente in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;

d i c h i a r a

di essere in possesso del permesso di soggiorno elettronico ITA _____

rilasciato dalla Questura di _____ in data _____

e che la richiesta di rilascio/rinnovo dello stesso è stata fatta per motivi di:

- visite, affari, turismo;
- lavoro subordinato a tempo indeterminato;
- lavoro stagionale;
- ricongiunzione familiare;
- studio e formazione;
- motivi familiari;
- lavoro autonomo;
- altro _____

Il dichiarante _____

Data _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 /2000 e ss.mm. e ii, la dichiarazione può essere firmata in presenza del dipendente addetto oppure spedita per fax, posta o tramite incaricato unitamente a fotocopia di un documento di riconoscimento.

Autocertificazione del reddito

...I... sottoscritt...nat... il a.....residente in
 via n.....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445 /2000 e ss.mm. e ii e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445 /2000 e ss.mm. e ii).

Dichiara

a. Di non aver posseduto nell'anno _____ alcun reddito;

b. Di aver posseduto nell'anno _____ i seguenti redditi:

DESCRIZIONE	IMPORTO
Domenicale dei terreni	€
Agrario	€
Dei fabbricati	€
Di impresa	€
Di lavoro autonomo	€
Di capitale	€
Di lavoro dipendente	€
Di partecipazione in società	€
Diversi	€
COMPLESSIVO	€

Dichiarante

_____ lì, _____

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445 /2000 e ss.mm. e ii); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445 /2000 e ss.mm. e ii)., in tal caso dovrà essere allegata copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Dichiarazione di indigenza

PER I SOGGETTI CHE SI TROVANO NELLE CONDIZIONI PREVISTE DALL'ARTICOLO 35, COMMA 4, DEL DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998, N. 286 **“TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO”**

La/il
sottoscritto/a _____
nat_in _____ il _____

(Città) (Stato)

sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge

D I C H I A R A

di essere privo di risorse economiche sufficienti e di avere a carico i seguenti familiari:

nome cognome grado di parentela

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

(se risultano altri familiari usare un altro foglio)

Data _____

Firma del dichiarante

NOTA BENE: le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato italiano (art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modificazioni ed integrazioni)

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA:

CODICE STP ASSEGNATO ALLO STRANIERO **S T P**

DATA ASSEGNAZIONE _____ DATA
SCADENZA _____

TIMBRO DELL'UFFICIO *QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE*

**DICHIARAZIONE DI INDIGENZA
PER CITTADINI APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA DIMORANTI IN
ITALIA CHE SI TROVANO IN CONDIZIONI DI INDIGENZA**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a _____ il _____

Domiciliato/a _____ in via _____ N. _____

Sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e dall'art. 495 del codice penale, in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere cittadino comunitario di nazionalità _____
- di non avere i requisiti per richiedere l'iscrizione anagrafica e pertanto di non essere residente in alcun Comune dello Stato italiano
- di essere tuttavia presente stabilmente (periodo superiore a tre mesi) sul territorio italiano
- di non beneficiare di assistenza sanitaria a carico di istituzione nel Paese di origine
- di non essere in possesso di polizza assicurativa relativa all'assistenza sanitaria
- di essere indigente
- di dimorare nel territorio toscano con i seguenti familiari minori o incapaci:

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE RILASCI IL CODICE ENI

Denominazione della struttura sanitaria che rilascia il codice ENI- qualifica e nome di chi riceve la dichiarazione _____

Codice ENI assegnato al cittadino comunitario _____

Dichiarazione resa in mia presenza dall'interessato/a identificato/a mediante documento:
tipo _____ numero _____

Luogo e data

Timbro e firma dell'operatore

DICHIARAZIONE DI ACCERTAMENTO CURE URGENTI O ESSENZIALI

AMBULATORIO DI _____

Il Signor _____ è invitato a presentarsi

presso

A) Ufficio amministrativo del Distretto di _____

B) Ufficio accettazione amministrativa ricoveri

per ritirare il documento per l'assistenza sanitaria STP o ENI

Il paziente necessita di cure urgenti o comunque essenziali ancorché continuative di cui all'art 35, commi 3,4 e 5 del Decreto Legislativo n. 286/98

Il Sanitario

Timbro e firma