

## RICHIESTA DI ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà (art. 46, 47 DPR n.445/2000)

aggiornato il 05/01/2024 in base a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213)

Il/La sottoscritto/a			
nato/a il		a	
cittadinanza	proveniente dello Stato estero		
indirizzo			

☐ Residenza **oppure** ☐ domicilio (requisito previsto soltanto per cittadino extracomunitario e per comunitario quale studente, collocato alla pari e volontario laico, se non in possesso della residenza)

in via/piazza		n.	
città		prov.	

☐ status

☐ Studente iscritto al corso/presso

codice fiscale		n.tel	
----------------	--	-------	--

mail			
------	--	--	--

<input type="checkbox"/> Permesso di Soggiorno (PDS) n°		rilasciato il		con scadenza	
---	--	---------------	--	--------------	--

motivo del PDS					
----------------	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Attesa PDS/rinnovo PDS - richiesta in data		appuntamento questura in data	
---	--	-------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Documento d'identità n°		rilasciato da		
--	--	---------------	--	--

emesso il		scadenza	
-----------	--	----------	--

### CHIEDE

L'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio per l'ANNO

☐ Prima iscrizione ☐ Rinnovo

Consapevole che l'iscrizione volontaria si formalizza con il pagamento del contributo annuale e ha validità fino 31 dicembre dell'anno in corso, non è frazionabile e non ha decorrenza retroattiva.

L'iscrizione dà diritto all'assistenza sanitaria nel territorio nazionale e non all'assistenza sanitaria all'estero (no TEAM - Tessera Europea Assicurazione Malattia);

Con scelta del dr. come medico di medicina generale/pediatra e, a tal fine, consapevole che chiunque rilasci o faccia uso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

☐ di NON essere assicurato per il rischio malattia e maternità da altra Istituzione dell'UE;

Di avere a carico \* i seguenti familiari:

Cognome e nome	Data nascita	Rapporto di parentela	Redditi eventuali


- Di avere conseguito nel precedente anno un reddito complessivo<sup>1</sup> di €  di cui, in Italia €  e all'estero , corrispondente a € <sup>2</sup>.
- Di avere versato in data  il **contributo annuale dovuto** di €  in base a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213) così come indicato nella tabella in calce e di **allegare ricevuta di avvenuto versamento**.
- Di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualunque variazione relativamente ai dati dichiarati.
- Di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000.

L'Azienda ASL Roma 2, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018).

### ALLEGA

- ☐ Ricevuta/attestazione di versamento del contributo dovuto
- ☐ Documento di identità in corso di validità
- ☐ Residenza o dichiarazione di effettiva dimora/ospitalità (Autocertificata)
- ☐ Copia del PDS o dichiarazione di presenza presentata in Questura per soggiorni inferiori a tre mesi o ricevuta di richiesta in prima istanza o di rinnovo del PDS (Autocertificazione del motivo del soggiorno in caso di PSE)
- ☐ Eventuali documenti e certificazioni in ordine al reddito rilasciati dall'autorità competente (specificare) o altre certificazioni (specificare)

Dichiara, inoltre, di essere informata/o, ai sensi dell'art.13 del D.lgs 196/03, 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

\_\_\_\_\_  
IL RICHIEDENTE-DICHIARANTE

### RISERVATO ALL'UFFICIO

(Firma Operatore ..... )

La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo firmato dall'interessato è presentato da altra persona delegata o inviato per posta o pec, deve essere accompagnato da fotocopia di suo documento di identità in corso di validità (art.38 DPR 445/2000).

1 Vedi "Informazioni e calcolo del contributo annuale".

2 Per la conversione in € dei redditi prodotti in valuta estera si applica il tasso di cambio in vigore alla data di sottoscrizione dell'autocertificazione.

## INFORMAZIONI E CALCOLO DEL CONTRIBUTO ANNUALE

L'iscrizione volontaria al SSR per i soggetti aventi i requisiti necessari, si formalizza con:

- **Compilazione dell'apposito modulo** RICHIESTA DI ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - Scheda statistica di cui all'art. 10 del DM 8.10.1986, in forma di Dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto di notorietà (art. 46, 47 DPR n.445/2000).

### - Pagamento del contributo dovuto

Il contributo annuale per l'iscrizione volontaria viene calcolato **con gli aggiornamenti introdotti con Legge di Bilancio 2024 (Legge 30/12/2023 n. 213)** in percentuale al reddito dell'anno precedente. Il contributo non è frazionabile, non ha decorrenza retroattiva e ha validità per l'anno solare in cui viene versato: l'iscrizione scade pertanto in ogni caso il 31 dicembre di ciascun anno, indipendentemente dalla data del versamento.

Per i soggiornanti con Permesso di Soggiorno per **motivi di studio** il contributo è **€ 700** (solo qualora lo studente non abbia redditi diversi da borse di studio o da sussidi economici erogati da enti pubblici italiani); Per i **collocati alla pari** il contributo è **€ 1.200**.

Per entrambi, se risultano familiari a carico, la misura del contributo deve essere calcolata secondo le modalità generali.

I cittadini stranieri entrati in Italia per **motivi di turismo, affari, cure mediche non possono** fare l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale, ma possono accedere alle prestazioni ed ai servizi erogati pagando per intero delle relative tariffe.

Ai sensi di legge l'ammontare del contributo **non può essere inferiore all'importo di € 2.000** ed è valido anche per i familiari a carico.

Per i soggetti che non hanno redditi propri, si fa riferimento al reddito del soggetto del quale sono a carico. Nel caso in cui il soggetto non sia fiscalmente a carico di familiari (a meno che non sia un figlio minore), ovvero nei casi in cui tale carico fiscale non sia documentabile (anche tramite autocertificazione) per ogni soggetto iscritto dovrà essere versata almeno la quota minima.

Il **calcolo del contributo dovuto viene effettuato dal Distretto Sanitario competente per l'iscrizione** tenendo conto dei requisiti dell'utenza, sulla base dei criteri dettati dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali.

Tale contributo si calcola applicando:

- l'aliquota del 7,50% fino alla quota di reddito pari a € 20.658,28
- l'aliquota del 4% sugli importi eccedenti a € 20.658,28 e fino al limite di €. 51.645,69.

**In ogni caso l'importo non potrà essere inferiore a € 2.000,00**

### Modalità di pagamento

Il versamento del contributo deve essere effettuato su modello F24 indicando:

- codice tributo 8846 "CONTRIBUTO PER LE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SALDO"
- codice regione 08 (LAZIO)
- anno di riferimento: xxxx (anno di iscrizione al SSN)