

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER CITTADINI COMUNITARI

Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in possesso della cittadinanza _____
residente a _____ Via _____ n. _____
telefono _____

consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero:
- potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000)
- non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARO

1. che le seguenti persone risultano essere miei conviventi ed a mio carico:

_____	_____	_____	_____
(cognome)	(nome)	(nato/a il)	(rapporto parentela con dichiarante)
_____	_____	_____	_____
(cognome)	(nome)	(nato/a il)	(rapporto parentela con dichiarante)
_____	_____	_____	_____
(cognome)	(nome)	(nato/a il)	(rapporto parentela con dichiarante)

2. di aver conseguito nell'anno _____ un reddito complessivo pari a € _____

3. di essere tenuto, ai fini dell'iscrizione facoltativa al SSN, al versamento del contributo calcolato sul reddito complessivo conseguito, nell'anno precedente, in Italia e all'estero*.

Luogo e data _____ Firma _____

*In base al D.M. 08/10/198, il contributo si applica nella misura del 7,50% sulla quota di reddito complessivo fino a € 20.658,28 annui; sulla quota eccedente il predetto importo e fino a € 51.645,79 annui, è dovuto un contributo nella misura del 4% per anno solare. I versamenti vanno effettuati sul c/c postale n. 343301 intestato a "Poste Italiane SPA – C.S.S.N. Regione Veneto" riportando la causale "Iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale in Regione Veneto anno _____".