

ASSICURAZIONE VOLONTARIA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Scheda statistica di cui all'art. 10 del Decreto Ministeriale 8/10/1986

O Prima Iscrizione

O Conferma Iscrizione

A) Parte da compilare a cura dell'iscritto

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____ Nazionalità _____

Domicilio all'estero _____

Professione _____ Codice fiscale italiano _____

Residenza in Italia: Comune _____ Via _____

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

Familiari a carico

Cognome e nome	Data di nascita	Rapp. parentela	Eventuale reddito
----------------	-----------------	-----------------	-------------------

Reddito complessivo conseguito nel _____

In Italia _____ All'estero _____ (in valuta estera)

Corrispondente in Euro _____

Contributo versato Euro _____ in data _____

*IL DIPENDENTE DA ENTI O ORGANISMI INTERNAZIONALI DOVRA' INOLTRE INDICARE:**ORGANISMO PRESSO IL QUALE PRESTA SERVIZIO _____**QUALIFICA _____ REDDITO PERCEPITO QUALE DIPENDENTE DEL**PREDETTO ORGANISMO _____*

CERTIFICAZIONI PRODOTTE IN ORDINE AL REDDITO:

- AUTOCERTIFICAZIONE
- CERTIFICATI AUTORITA' COMPETENTI
- ALTRE CERTIFICAZIONE (specificare)

Firma dell'iscritto _____

B) Parte da compilare a cura dell'ufficio

La domanda di iscrizione è stata presentata in data _____

Timbro ASL

Firma del funzionario responsabile