



ISCRIZIONE/RINNOVO CITTADINI COMUNITARI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 46 E DELL'ART. 47 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto: _____
(cognome) _____ (nome)

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Nazionalità: _____ Telefono: _____

Comune residenza: _____ C.A.P. _____

Indirizzo: _____ N. civico: _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____ C.A.P. _____

Indirizzo: _____ N. civico: _____

in qualità di cittadino comunitario

ai sensi del D.Lgs n° 30 del 06/02/2007, art.7 - comma 1 - lettera a) e comma 3 lettere a)b)c), della Circ. n° 19 del 06/04/2007 del Ministero dell'Interno, della nota della Prefettura di Pavia prot.19875 del 18/05/2007 ed ai fini dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale a termine per un anno, eventualmente rinnovabile:

- ◆ di non essere soggetto alla legislazione di sicurezza sociale dello Stato di appartenenza;
- ◆ di non rientrare nei casi previsti al comma 1- punti c) e b) - dell'art.7 del citato D.Lgs 30/2007 e di non essere quindi titolare di una assicurazione sanitaria;
- ◆ di essere:
 - Lavoratore dipendente** presso.....
con contratto a tempo indeterminato o determinato dal al
 - Lavoratore autonomo** iscritto alla Camera di Commercio / Albo / Ordine Professionale
.....
Partita IVA n.
 - In disoccupazione involontaria**, iscritto presso il Centro per l'impiego di
..... e di aver lavorato per il periodo dal
.....al..... presso la Ditta.....
 - Ex lavoratore iscritto ad un Corso di formazione professionale del Centro per l'Impiego** con precedente esperienza di lavoro presso la Ditta
.....
 - Titolare di attestazione di soggiorno permanente** per i cittadini dell'Unione Europea rilasciato dal Comune divalido anche per i seguenti familiari:
.....
.....

- Familiare fiscalmente a carico di cittadino comunitario/extracomunitario:** indicare dati anagrafici del familiare, grado di parentela, estremi attività lavorativa
.....
.....
- Familiare di cittadino italiano,** iscritto al SSN: indicare dati anagrafici del familiare, grado di parentela
.....
.....

Inoltre, chiede l'iscrizione al SSN per i seguenti familiari a carico:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	PARENTELA

Dichiara, inoltre, di essere consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i e della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R., in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(data)

(il dichiarante)