

**ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
MODULO PER CITTADINI NON COMUNITARI**التسجيل بالخدمة الصحية للمنطقة
نموذج المواطنين غير المنتمين للوحدة الأوروبية

Il sottoscritto nato il
 تاريخ الميلاد الموقع أدناه
 a Stato n. di telefono
 محل الميلاد دولة رقم الهاتف

D I C H I A R A

إقرار

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti così come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto)

(طبقاً للمادتين 46 و 47 من قرار رقم 2000/445 لرئيس الجمهورية على علم أنه في حالة إقرار الزور يتم الوقوع تحت طائلة العقوبات الجنائية بالإضافة إلى تساقط المميزات التي تنص عليها المادتان 76 و 75 من القرار المذكور أعلاه)

di essere cittadino;
 أنا مواطن جنسياتي

di essere lavoratore subordinato alle dipendenze di
 أنا أعمل لدى
 dal.....al.....;
 منذ و حتي

di essere lavoratore autonomo iscritto alla "Camera di Commercio" di
 أنا صاحب عمل مقيد "بالغرفة التجارية" التابعة
 Partita Iva n.....;

di essere disoccupato (iscritto al Centro per l'Impiego dove si trova il proprio domicilio).
 أنا لا أعمل و (مقيد بمركز التشغيل التابع لمحل إقامتي)

di essere residente nel comune di
 محل إقامتي ببلدية
 via.....n..... (residenza anagrafica);
 شارع رقم (محل الإقامة)؛

di essere domiciliato nel comune di
 محل سكني ببلدية
 via.....n..... (abituale domicilio);
 شارع رقم (محل السكن المعتاد)؛

- di non essere mai stato iscritto al Servizio Sanitario Nazionale in altre città italiane;
 لم أسجل نفسي أبدا بالخدمة الصحية الوطنية في أي مدينة إيطالية.
- di essere stato iscritto all'ASL/ATS di
 مقيد بمكتب الخدمة الصحية التابع لمدينة.
- che la propria famiglia è così composta:

Parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Familiare a carico
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

أسرتي مكونة من:

الأقارب المسئول عنهم	تاريخ الميلاد	محل الميلاد	اللقب و الاسم	درجة القرابة
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Data _____

Firma _____

_____ التوقيع

_____ التاريخ

La firma non deve essere autenticata né necessariamente apposta in presenza dell'impiegato dell'ente cui la presente dichiarazione è indirizzata (art. 46 del DPR 445/2000).

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD 679/2016).

Firma _____

Spazio riservato all'Ufficio di S/R

L'istante risulta:

essere titolare di permesso di soggiorno per _____
 (indicare il motivo)
 rilasciato dalla Questura di _____ in data ___/___/___ con scadenza il
 ___/___/___

aver inoltrato domanda per rilascio/rinnovo di permesso di soggiorno
 per _____ c/o la Questura di _____
 (indicare il motivo)
 in data ___/___/___

note _____

Allegati: copia permesso di soggiorno o documento equipollente e documentazione relativa all'istanza.
 مرفق: نسخة من أذن الإقامة أو مستند موازي له و المستندات الخاصة بالطلب.