

Modulo "Dichiarazione di impegno a sottoscrivere assicurazione sanitaria"

ALLO SPORTELLO UNICO PER L'IMMIGRAZIONE DI _____

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____

(nome) _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via _____

telefono _____

ammonito/a secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR del 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

di impegnarsi a sottoscrivere apposita assicurazione sanitaria a copertura di tutti i rischi per malattia e infortunio come previsto dal D.lgs. n. 160 del 3.10.2008 **oppure** a versare un contributo definito dalla Regione Toscana forfettario annuale non frazionabile pari a 387,34 euro (tramite c/c regionale n. 289504 intestato a Regione Toscana, indicando come causale di pagamento "contributo iscrizione volontaria SSR anno _____"), salvo conguaglio, qualora vengano definite le nuove tariffe in ambito nazionale con apposito decreto, a favore del/della:

- Padre _____ nato il _____

- Madre _____ nata il _____

entro 8 giorni dall'ingresso in Italia dei familiari e prima della loro presentazione allo Sportello Unico per l'Immigrazione.

Firenze, _____

Firma _____

Allega fotocopia del suo documento di identità in corso di validità e del permesso di soggiorno.

La polizza o la ricevuta del pagamento del contributo regionale dovranno essere esibite in originale allo Sportello Unico per l'Immigrazione, che ne tratterà copia per gli atti.