



Bedürftigkeitserklärung

Der/Die unterfertigte

geboren am

Staatsbürgerschaft

Zertifizierte E-Mail Adresse PEC

wohnhaft in

Straße und Nummer

Aufenthaltsadresse

Straße und Nummer

Dichiarazione d'indigenza

Il sottoscritto/La sottoscritta

nato/a il

cittadinanza

Indirizzo di posta elettronica certificata PEC

residente a

via e numero

indirizzo di domicilio

via e numero

erklärt

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, und im Bewusstsein, dass er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 75 und 76 obgenannten Dekretes vorgesehen ist, Folgendes:

1. bedürftig und ohne ausreichende wirtschaftliche Mittel zu sein, da das Familiengesamteinkommen für das Jahr 2019 unter:

Euro 5.954,00

(nur der/die Ansuchende)

Euro 8.931,00

(der/die Ansuchende + 1 Familienangehöriger)

Euro 11.908,00

(der Ansuchende + 2 Familienangehörige oder mehr zu Lasten lebende Kinder unter 14 Jahren)

Euro 14.885,00

(der/die Ansuchende + 3 Familienangehörige)

Euro 17.862,00

(der Ansuchende + 4 Familienangehörige)

liegt.

dichiara

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e 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, quanto segue:

1. di essere indigente e privo di risorse economiche sufficienti in quanto il reddito familiare complessivo per l'anno 2019 è inferiore a:

Euro 5.954,00

(solo richiedente)

Euro 8.931,00

(richiedente + 1 familiare)

Euro 11.908,00

(richiedente + 2 familiari o più bambini a carico minori di 14 anni)

Euro 14.885,00

(richiedente + 3 familiari)

Euro 17.862,00

(richiedente + 4 familiari)

2. folgende Familienmitglieder zu Lasten zu haben

2. di avere a carico i seguenti familiari

	Vor- und Nachname Nome e cognome	Geburtsdatum data di nascita	Verwandtschaftsgrad Grado di parentela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

3. keinen Versicherungsschutz in Italien zu haben und nicht von öffentlichen oder privaten ausländischen Versicherungsträgern betreut zu sein.

3. di essere privo di copertura sanitaria in Italia e non assistito da istituzione mutualistiche estere pubbliche o private.

Der/Die Unterfertigte verpflichtet sich innerhalb von 10 Tagen eventuelle Änderungen dem Gesundheitsbezirk mitzuteilen, welche hinsichtlich seiner/ihrer Versicherungsposition, als auch seines/ihrer Einkommens und jener seiner/ihrer zu Lasten lebenden Familienmitglieder, eintreten sollten.

Il sottoscritto/La sottoscritta si impegna a comunicare entro 10 giorni al Comprensorio Sanitario eventuali cambiamenti riguardanti il suo titolo assicurativo e la sua situazione reddituale e quella dei suoi familiari a carico.

Verarbeitung der personenbezogenen Daten – Informationsschreiben ex Art. 13 GvD Nr. 196/2003

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden auch mit elektronischen Instrumenten verarbeitet. Die Verarbeitung findet ausschließlich im Rahmen des Verfahrens statt, für das die vorliegende Erklärung erbracht wurde. Das vollständige Informationsschreiben ist auf der Website www.sabes.it/Datenschutz verfügbar und liegt beim Gesundheitspräsenz zur Einsicht auf.

Trattamento dei dati personali – Informativa ex art. 13 del Dlgs 196/03

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'informativa estesa è disponibile sul sito www.sabes.it/Privacy e presso il distretto sanitario.

Datum | Data

Unterschrift des/der Ansuchenden | Firma del/la richiedente

Anlage:
Ablichtung Erkennungsausweis

Allegato:
fotocopia documento di riconoscimento