

GUIDA ASSISTENZA SANITARIA

I cittadini non-UE devono iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano o avere un'assicurazione sanitaria valida in Italia.

La copertura sanitaria (contro il rischio malattie, infortunio, maternità) è richiesta anche per ottenere il permesso di soggiorno.

Ci sono due possibili alternative:

- 1) stipulare una polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o estero, valida sul territorio nazionale.
- 2) richiedere l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Servizio Sanitario Nazionale

L'iscrizione al SSN viene effettuata per anno solare, dal 1° gennaio al 31 dicembre, e non è possibile iscriversi in anticipo per l'anno successivo. Se ad esempio arrivi a settembre, devi valutarne la convenienza, perché l'iscrizione è valida solo fino al 31 dicembre, ma devi comunque pagare l'intero contributo annuale.

Con l'iscrizione al SSN italiano ottieni gli stessi servizi garantiti ai cittadini italiani, cioè:

- avere un medico di famiglia
- ricovero ospedaliero gratuito presso gli ospedali pubblici e convenzionati
- assistenza farmaceutica
- visite mediche generali in ambulatorio
- visite mediche specialistiche
- visite mediche a domicilio
- vaccinazioni
- esami del sangue
- radiografie
- ecografie
- medicine
- assistenza riabilitativa e per protesi
- altre prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza.

Le modalità di iscrizione al SSN variano a seconda della tua situazione in Italia:

- Se hai un **visto/permesso per motivi di studio**, consulta la procedura per chiedere l'iscrizione volontaria per studenti;

- Se hai un **visto/permesso per ricerca** e hai un contratto per ricercatore a tempo determinato **RTD** o un altro contratto soggetto a IRPEF, hai diritto all'iscrizione obbligatoria gratuita al Servizio Sanitario Nazionale (vedi paragrafo successivo);
- Se hai un **visto/permesso per ricerca** e hai un contratto di lavoro non soggetto a IRPEF (per es: **assegno di ricerca**) puoi fare l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale pagando la relativa quota (vedi paragrafo successivo).

ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SSN

Puoi effettuare l'iscrizione volontaria al SSN pagando di un contributo forfettario annuale, che cambia a seconda del tuo inquadramento:

- Se hai un **visto/permesso per motivi di studio**: 149,77€
- Se hai un **visto/permesso per ricerca** e contratto non soggetto a IRPEF (assegno di ricerca):
€387,34€

Per stipulare questo tipo di assicurazione in primo luogo devi effettuare il pagamento presso un ufficio postale o uno sportello bancario, mediante il modello F24. Dopo aver presentato la domanda di permesso di soggiorno, dovrai andare all'A.S.L. di competenza, presso i relativi Uffici Scelta e Revoca del Medico, in base alla tua zona di residenza, per effettuare la scelta del medico di base, allegando i seguenti documenti:

- il passaporto
- la ricevuta postale che ti è stata rilasciata quando hai presentato la domanda del permesso di soggiorno
- la ricevuta di pagamento del modello F24, occorre compilare la sezione Regioni ed Enti Locali (4) - Codice regionale 13 - codice tributo 884 (*vedi allegato 1*)
- Modulo consenso al trattamento dati (*vedi allegato 2*)
- Scheda statistica di cui al D.M. 8.10.1986 (*vedi allegato 3*)

Nota bene: gli sportelli ASL osservano l'orario 8.00-12.00, dal lunedì al venerdì.

Per ulteriori informazioni consultare il sito: <https://www.aslcittaditorino.it/come-fare-per/scegliere-o-revocare-il-medico-di-famiglia-o-il-pediatra/>

Se presenti la ricevuta postale ti verrà rilasciata una tessera sanitaria temporanea, che verrà estesa nel momento in cui allegherai il tuo permesso di soggiorno, tornando all'ASL dove hai effettuato la scelta del medico.

Oltre che agli sportelli, la documentazione può essere inviata alla casella di posta elettronica iscrizioni.volontarie@aslcittaditorino.it

Allo sportello ti verrà chiesto di scegliere un medico di medicina generale (detto anche "medico di base" o "medico di famiglia").

Gli iscritti al SSN ricevono per posta una Tessera Sanitaria. La tessera viene spedita all'indirizzo comunicato all'Agenzia delle Entrate; puoi contattare l'Agenzia delle Entrate per l'aggiornamento del tuo indirizzo e per richiedere la ristampa della tessera.

Attenzione: il solo pagamento non implica l'attivazione della copertura! Devi completare l'iscrizione e scegliere un medico di base. Verifica sempre la data di fine copertura.

Attenzione: L'iscrizione volontaria al SSN dei cittadini stranieri non dà diritto alla TEAM.

PROGETTO PILOTA DI SUPPORTO AGLI STUDENTI INTERNAZIONALI Informazione per gli studenti **Progetto pilota - Iscrizione Volontaria al SSR**

Il Progetto pilota mira all'iscrizione volontaria al SSN degli studenti internazionali presenti in Torino. Promosso e coordinato dall'ASL Città di Torino e l'Associazione Nuova Generazione Italo-cinese.

L'Associazione ANGI ha proposto di seguire l'iter per gli studenti internazionali che intendono richiedere l'iscrizione volontaria al S.S.R. Tale proposta è stata condivisa dall'ASL Città di Torino che esprime il proprio sostegno e adotta la seguente modalità operativa:

1. Richiedente contatta l'operatore ANGI tramite seguenti modalità: - Telefono: 351-5416918 - Whatsapp: 351-5416918 - Wechat ID: angi2007 - E-mail: angi.servizi@gmail.com
2. L'operatore ANGI assiste lo studente nel completare la seguente documentazione: → Scheda statistica di cui all'art.10 D.M.8.10.86 → Dichiarazione sostitutiva di certificazione (scelta del medico di famiglia) → Copia F24 versamento del contributo volontario da 149,77 euro (studenti)* → Copia del passaporto-permesso di soggiorno-codice fiscale → Modulo per l'informativa sul trattamento dei dati personali-ex art.13 reg.to EU 2016/679
3. L'operatore ANGI trasmette l'istanza all'ASL Città di Torino, che a seguito dell'istruttoria rilascia e trasmette all'ANGI la ricevuta dell'iscrizione contenente i dati del medico di base;
4. ANGI trasmette ai richiedenti la ricevuta dell'iscrizione, insieme un glossario uso sanitario in lingua italiana/cinese in caso di difficoltà linguistica.

* Eccezioni: gli studenti titolari di permesso di soggiorno per studio, per i quali il versamento contributivo è di 149,77€, ma l'iscrizione non è estesa ai familiari; se però lo studente ha un contratto di lavoro l'iscrizione è obbligatoria e si estende anche ai familiari

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE YOUR TAX CODE

DATI ANAGRAFICI FAMILY NAME FIRST NAME

DATE OF BIRTH (circled) D D M M Y Y Y Y COUNTRY OF BIRTH

DOMICILIO FISCALE CITY WHERE YOU LIVE NOW M = male F = female T O CURRENT ADDRESS (STREET AND ST. NUMBER)

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

SEZIONE ERARIO

codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rit.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE A			0,00 B	0,00	SALDO (A-B) 0,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE C				0,00 D	0,00	SALDO (C-D) 0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rit.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1 3	8846			387,34//149,77		
TOTALE E				387,34//149,77 F	0,00	SALDO (E-F) 387,34//149,77

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ante/ codice comune	Row.	immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rit.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE G									0,00 H	0,00	SALDO (G-H) 0,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
TOTALE I						0,00 L	0,00	SALDO (I-L) 0,00

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati		
TOTALE M						0,00 N	0,00	SALDO (M-N) 0,00

FIRMA

READABLE SIGNATURE

SALDO FINALE

EURO + 387,44//149,77

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA CAB/SPORELLI

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____ tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma _____



AREA INFORMATICA Per estratto ai pazienti - 01	revisione GEN 2020
Revisione	ultima revisione

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART. 13 -14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 – GDPR

in estratto

GENTILE SIG.RA/SIG.RE,

L'ASL Città di Torino Le fornisce le informazioni principali sul trattamento dei Suoi dati personali nell'ambito delle proprie attività istituzionali nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Questo documento è **un estratto** del documento integrale pubblicato nella sezione "Privacy" del sito web www.aslcittaditorino.it, che La invitiamo a consultare per ulteriori approfondimenti.

Il **Titolare del trattamento dei dati** è l'ASL Città di Torino.

Il **Responsabile per la Protezione dei Dati o Data Protection Officer** (RPD o DPO) è l'Avv. Stefano Comellini.

Responsabili dei dati sono tutti i direttori delle strutture di quest'ASL, delegati dal Titolare.

Autorizzati al trattamento sono tutti gli operatori formalmente a ciò preposti dal Titolare o dai suoi delegati.

NATURA/TIPOLOGIA DEI DATI TRATTATI

I dati soggetti a trattamento possono essere dati comuni (nome, cognome, data di nascita ...), dati particolari (es. dati relativi alla salute, vita e orientamento sessuale, dati genetici e dati biometrici), dati giudiziari.

Per trattamento si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni applicate ai dati personali (es. raccolta, registrazione, consultazione, modifica, cancellazione), con o senza l'ausilio di strumenti informatici.

BASE GIURIDICA E FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I suoi dati sono trattati al fine di fornirle le prestazioni socio-sanitarie di cui necessita.

Il trattamento dei suoi dati personali da parte dell'ASL Città di Torino avviene in quanto è previsto e consentito da una norma di legge oppure per finalità di interesse pubblico rilevante; **dunque, di norma, non è necessario che Lei presti il suo consenso**. Le finalità di questa Azienda, per cui è implicito il consenso al trattamento dei dati sono a titolo esemplificativo la tutela della salute e dell'incolumità fisica; la tutela della salute e dell'incolumità fisica di terzi e della collettività; la tutela socio – assistenziale e interventi di rilievo sanitario a favore di soggetti bisognosi, non autosufficienti o incapaci; gli adempimenti amministrativi, gestionali e contabili, correlati alle predette attività; le attività di certificazione medico legale; l'attività epidemiologica e statistica in adempimento ad obblighi di legge, l'attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, la gestione di esposti/lamentele/contenziosi, la tutela in giudizio dell'ASL.

TRATTAMENTI CHE RICHIEDONO UN SUO ESPlicito CONSENSO

I trattamenti di dati per cui è necessario un specifico consenso sono a titolo di esempio: i trattamenti effettuati tramite Dossier Sanitario e Fascicolo Sanitario Elettronico, i trattamenti per fini di formazione, studio e/o ricerca scientifica anche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, i trattamenti di dati genetici, di dati biometrici, mediante utilizzo di immagini, riprese e video, di dati nell'ambito della tele assistenza/telemedicina al fine di consentire la trasmissione a distanza di tracciati e immagini; i trattamenti per l'implementazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di patologia, i trattamenti derivanti dall'utilizzo di applicazioni informatiche (app mediche, consegna referto on line, ecc.)

Per i suddetti trattamenti lei riceverà ulteriori e specifiche informazioni e dovrà sottoscrivere il relativo consenso.

CONFERIMENTO DEI DATI

Ad eccezione di eventuali obblighi di legge, il conferimento dei dati personali richiesti da parte dell'ASL Città di Torino è facoltativo, ma risulta necessario al pieno raggiungimento delle finalità sopra enunciate. Dati incompleti o mancanti possono comportare alta possibilità di errore e l'impossibilità da parte del personale addetto di gestire l'attività a cui è preposto.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei dati all'interno di questa ASL avviene unicamente se indispensabile, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei suoi dati; può essere effettuato sia tramite supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di mezzi elettronici informatici o tecnico-scientifici. I suoi dati sono trattati da personale a ciò autorizzato dal Titolare del trattamento o da un suo delegato e sono conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per cui sono raccolti, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. Massimario di scarto).

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART. 13 -14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 – GDPR

in estratto

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali in ambito sanitario possono essere oggetto di comunicazione per le finalità istituzionali e nei limiti consentiti dalla normativa. I dati forniti potranno essere comunicati nelle sole parti essenziali, per ottemperare ad obblighi e finalità amministrative, ispettive, investigative, e/o di legge degli organismi preposti, a soggetti pubblici e privati, enti ed istituzioni per il raggiungimento delle rispettive finalità (es. Aziende/enti del servizio sanitario, Enti locali (Regioni e Comuni) Enti Previdenziali (INPS, INAL), strutture sanitarie private, case di riposo, Forze dell'Ordine, Autorità Giudiziaria, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta quando previsto, compagnie assicurative, legali e consulenti, ecc.);

I dati relativi al suo stato di salute non vengono diffusi.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI EXTRA UE e PROFILAZIONE

L'ASL Città di Torino non trasferisce di norma dati al di fuori dell'Unione Europea. Eventuali trasferimenti di dati nei paesi extra UE sono effettuati previa verifica di un livello adeguato di protezione dei dati personali.

Sulla base dei dati conferiti, non effettua profilazione degli utenti per finalità commerciali o di marketing.

Ogni altra attività di profilazione viene svolta unicamente per finalità inerenti al servizio sanitario, quali ad esempio campagne di screening, indagini epidemiologiche, ecc.

I SUOI DIRITTI

Lei può esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679 (può accedere ai Suoi dati ed avere informazioni, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, può richiederne la cancellazione salvo i limiti di legge e la limitazione del trattamento nelle ipotesi previste dalla legge, può richiedere la trasmissione dei suoi dati ad altro Titolare e può opporsi al trattamento al ricorrere di situazioni particolari).

Inoltre, limitatamente ai casi per cui il trattamento è basato sul Suo consenso, Lei ha la facoltà di revocare il consenso, salva la liceità del trattamento effettuato antecedentemente alla revoca.

MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei potrà rivolgersi al Titolare ed al Responsabile della protezione dati (RPD) per far valere i Suoi diritti così come previsto dall'art. 12 del GDPR 2016/679, attraverso l'invio di una richiesta, ad uno dei seguenti indirizzi: posta elettronica certificata: protocollo@pec.aslcittaditorino.it e/o posta elettronica: urp@aslcittaditorino.it, comellini@comellini.it (RPD), secondo le modalità previste per la trasmissione telematica dell'istanze alle pubbliche amministrazioni e utilizzando il modello pubblicato nella sezione "Privacy" del sito web www.aslcittaditorino.it.

In caso di illecito trattamento o di mancata risposta da parte del Titolare o del RPD, Lei può presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei Dati Personali (i cui recapiti sono rinvenibili sul sito www.garanteprivacy.it),

NOTE FINALI

Qualora avesse bisogno di delucidazioni sul contenuto di questo documento, non esiti a richiederle agli operatori dell'ASL, prima della sottoscrizione.

Con la sottoscrizione il Sig/Sig.ra: name and surname (indicare nome e cognome), dichiara di aver letto e compreso le informazioni ivi contenute.

Data current date Firma signature

SCHEDA STATISTICA DI CUI ALL'ART. 10 D.M. 8.10.86

PRIMA ISCRIZIONE

CONFERMA ISCRIZIONE

COGNOME surname NOME nameLUOGO DI NASCITA city of birth DATA DI NASCITA date of birthNAZIONALITA' citizenship PROFESSIONE student/researcherDOMICILIO ALL'ESTERO your address in your home countryCODICE FISCALE ITALIANO your fiscal codeRESIDENTE IN ITALIA NEL COMUNE DI city in Italy where you liveVIA address in Italy N. civic number

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

FAMILIARI A CARICO

cognome e nome

data di
nascitarapporti di
parentelaeventuali
redditi

REDDITO COMPLESSIVO CONSEGUITO NEL _____ IN ITALIA _____

ALL'ESTERO _____ CORRISPONDENTE IN EURO _____
(in valuta estera)

CONTRIBUTO VERSATO IN EURO _____ in data _____

IL DIPENDENTE DA ENTI O ORGANISMI INTERNAZIONALI DOVRA' INDICARE INOLTRE:

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 CERTIFICAZIONI _____

(specificare)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma, lì _____

Firma dell'assistito _____

your signature**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La domanda di iscrizione è pervenuta in data _____

Timbro U.S.L.

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE

