

## HEALTH CARE GUIDE

Non-EU citizens must register with the Italian National Health Service (SSN) or have health insurance valid in Italy.

Health coverage (against illness, accident, maternity) is also required in order to obtain a residence permit.

There are two possible options:

- 1) stipulate an insurance policy with an Italian or foreign insurance institution that is valid in Italy.
- 2) request voluntary registration with the National Health Service (SSN)

---

### National Health Service

Registration with the SSN is by calendar year, **from the 1<sup>st</sup> of January to 31<sup>st</sup> of December**, and it is not possible to register in advance for the following year.

Notice that if, for example, you arrive in September, you have to evaluate the convenience of it, because the registration is valid until 31<sup>st</sup> of December only, but you still have to pay the full annual contribution.

By registering with the Italian SSN, you obtain the same services guaranteed to Italian citizens, i.e:

- having a family doctor
- free hospitalization at public and contracted hospitals
- pharmaceutical assistance
- general outpatient medical examinations
- specialist medical examinations
- medical home visits
- vaccinations
- blood tests
- x-rays
- ultrasound scans
- medicines
- rehabilitation and prosthetic care
- other services provided for in the essential levels of care.

The procedures for registering with the SSN vary depending on your situation in Italy:

- If you have a **visa/permit for study purposes**, see the procedure for requesting voluntary student enrolment;
- If you have a **research visa/permit** and you have a fixed-term researcher **RTD contract** or another contract subject to IRPEF, you are entitled to free compulsory enrolment in the National Health Service (see next paragraph);
- If you have a **research visa/permit** and you have an employment contract not subject to IRPEF (e.g.: research grant), you are entitled to voluntary registration with the National Health Service by paying the relevant fee (see next paragraph).

### **VOLUNTARY REGISTRATION WITH THE SSN**

You can register voluntarily with the SSN by paying an annual flat-rate contribution, which varies according to your classification:

- If you have a **visa/permit for study purposes**: €149.77
- If you have a **visa/permit for research** and a contract not subject to IRPEF (research grant): €387.34

To take out this type of insurance, you must first make the payment at a post office or bank counter, using the F24 form. After submitting the application, you will have to go to the competent A.S.L., at the relevant Ufficio Scelta e Revoca del Medico, according to your area of residence, to make the choice of general practitioner, attaching the following documents:

- your passport
- the postal receipt that was issued to you when you submitted your application for a residency permit
- the receipt for payment of the F24 form, you must fill in the Regions and Local Authorities section (4) - Regional code 13 - tax code 884 (see annex 1)
- Data processing consent form (see annex 2)
- Statistical form as per Ministerial Decree 8.10.1986 (see annex 3)

**Please note:** the administrative desks will observe the following hours: **Monday to Friday, from 8:00 am to 2:00 pm.**

For further information, please refer to the website:

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

If you present your postal receipt, you will be issued with a temporary health card, which will be extended when you enclose your residence permit and return to the ASL where you made your choice of doctor.

In addition to the counters, documentation can be sent to the [iscrizioni.volontarie@aslcittaditorino.it](mailto:iscrizioni.volontarie@aslcittaditorino.it) mailbox.

At the desk you will be asked to choose a general practitioner (also known as 'general practitioner' or 'family doctor').

Those registered with the SSN receive the Health Card by post. The card is sent to the address communicated to the Agenzia delle Entrate; you can contact the Agenzia delle Entrate to update your address and request a card reprint.

**Please note:** payment alone does not imply activation of cover! You must complete enrolment and choose a general practitioner. Always check the end date of coverage.

**Please note:** Voluntary registration with the SSN for foreign nationals does not entitle you to the EHIC (TEAM card).

### **PILOT PROJECT SUPPORTING INTERNATIONAL STUDENTS Information for students Pilot project - Voluntary enrolment in the SSN**

The pilot project aims at the voluntary enrolment in the SSN of international students in Turin. Promoted and coordinated by the ASL Città di Torino and the Associazione Nuova Generazione Italo-Cinese.

The ANGI Association proposed to follow the procedure for international students wishing to apply for voluntary registration with the SSR. This proposal was shared by the ASL Città di Torino, which expressed its support and adopted the following procedure:

1. The applicant contacts the ANGI operator by the following means: - Telephone: 351-5416918 - Whatsapp: 351-5416918 - Wechat ID: angi2007 - E-mail: [angi.servizi@gmail.com](mailto:angi.servizi@gmail.com)

2. The ANGI operator assists the student in completing the following documentation: -Statistical form ex art.10 D.M.8.10.86 -Declaration in lieu of certification (choice of family doctor) -Copy F24 payment of the voluntary contribution of 149,77 euro (students)\* -Copy passport-permit to stay-tax code - Form for information on the processing of personal data-ex art.13 reg.to UE 2016/679

3. The ANGI operator transmits the application to the ASL Città di Torino which, following the preliminary investigation, issues and transmits to ANGI the receipt of registration containing the GP's details;

4. ANGI transmits the enrolment receipt to applicants, together with a glossary of health care usage in Italian/Chinese in the event of language difficulties.

\* An exception is made for students with a residence permit for study, for whom the contribution is €149.77, but enrolment is not extended to family members; if, on the other hand, the student has an employment contract, enrolment is compulsory and is also extended to family members.

**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	
<b>TOTALE A</b>			0,00 <b>B</b>	0,00	<b>SALDO (A-B)</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	
<b>TOTALE C</b>				0,00 <b>D</b>	0,00	<b>SALDO (C-D)</b> 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		
<b>TOTALE E</b>				387,34//149,77 <b>F</b>	0,00	<b>SALDO (E-F)</b> 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	
<b>TOTALE G</b>									0,00 <b>H</b>	0,00	<b>SALDO (G-H)</b> 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	
<b>TOTALE I</b>					0,00 <b>L</b>	0,00	<b>SALDO (I-L)</b> 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	
<b>TOTALE M</b>					0,00 <b>N</b>	0,00	<b>SALDO (M-N)</b> 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](http://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](mailto:protocollo@pec.aslcittaditorino.it) e/o posta elettronica: [urp@aslcittaditorino.it](mailto:urp@aslcittaditorino.it), [comellini@comellini.it](mailto: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](http://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](http://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



