

## **GUIDA ASSISTENZA SANITARIA**

I cittadini non-UE titolari di permesso di soggiorno per studio o ricerca scientifica 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 Servizio Sanitario Nazionale è attiva per l'intero anno solare, partendo dal 1° gennaio fino al 31 dicembre. Non è consentito iscriversi in anticipo per l'anno successivo. Chi si iscrive a settembre deve considerare attentamente se conviene, poiché l'iscrizione vale solo fino alla fine dell'anno in corso, ma comporta comunque il pagamento dell'intero contributo annuale.

Con l'iscrizione al SSN italiano si può accedere agli 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 tipologia di permesso di soggiorno e di attività che si svolge in Italia:

- Se si è in possesso di un **visto/permesso per motivi di studio**, consultare la procedura per chiedere l'iscrizione volontaria per studenti;
- Se si è in possesso di un **visto/permesso per ricerca** e si ha un contratto come ricercatore a tempo determinato **RTD** o un altro contratto soggetto a IRPEF, si ha diritto all'iscrizione obbligatoria gratuita al Servizio Sanitario Nazionale (vedi paragrafo successivo);
- Se si è in possesso di un **visto/permesso per ricerca** e con un contratto di ricerca non soggetto a IRPEF (per es: **assegno di ricerca**) si può fare l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale pagando la relativa quota (vedi paragrafo successivo).

### **ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SSN**

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

- Se si è in possesso di un **visto/permesso per motivi di studio**: 700,00€
- Se si è in possesso di un **visto/permesso per ricerca** (con un contratto di ricerca non soggetto a IRPEF): 2.000,00€. Il contributo si calcola applicando:
  - ✓ L'aliquota del 7,50% fino alla quota di reddito pari a €20.658,28
  - ✓ L'aliquota del 4% sugli importi eccedenti a €20.658,28 e fino al limite di €51.645,69

Il versamento dei 2.000€ consente anche l'iscrizione dei familiari a carico.

In primo luogo, è necessario effettuare il pagamento presso un ufficio postale o uno sportello bancario, mediante il modello F24.

Dopo aver presentato la domanda di permesso di soggiorno, è necessario recarsi presso l'A.S.L. competente, negli Uffici Scelta e Revoca del Medico corrispondenti alla zona di residenza, per procedere con la scelta del medico di base. È richiesto di allegare 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 iscrizione volontaria (*vedi allegato 2*)
- Dichiarazione sostitutiva atto notorio (*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: [Sportelli per pratiche amministrative | Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino" \(aslcittaditorino.it\)](http://Sportelli_per_pratiche_amministrative_Azienda_Sanitaria_Locale_Città_di_Torino_aslcittaditorino.it)

Se si dispone solo della ricevuta postale che attesta la richiesta del permesso di soggiorno, verrà rilasciata una tessera sanitaria temporanea. Quest'ultima sarà estesa una volta presentato il permesso di soggiorno elettronico, presso l'A.S.L. dove è stata effettuata la scelta del medico.

La documentazione può essere inviata anche tramite email alla casella di posta elettronica [iscrizioni.volontarie@aslcittaditorino.it](mailto:iscrizioni.volontarie@aslcittaditorino.it), oltre che recandosi agli sportelli dedicati. Durante la visita agli sportelli, verrà richiesto di scegliere un medico di medicina generale, noto anche come "medico di base" o "medico di famiglia".

I cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale riceveranno la Tessera Sanitaria per posta all'indirizzo fornito all'Agenzia delle Entrate. È possibile contattare l'Agenzia delle Entrate per aggiornare l'indirizzo di residenza e richiedere una ristampa della tessera sanitaria.

**Attenzione:** Il semplice pagamento non garantisce l'attivazione della copertura sanitaria! È necessario completare l'iscrizione e selezionare un medico di base. È importante ricordarsi di verificare la data di scadenza della 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](mailto:angi.servizi@gmail.com)
2. L'operatore ANGI assiste lo studente nel completare la documentazione
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.

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA \_\_\_\_\_  
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. \_\_\_\_\_

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** YOUR TAX CODE barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

**DATI ANAGRAFICI** **FAMILY NAME** cognome, denominazione o ragione sociale **FIRST NAME** nome

**DATE OF BIRTH** D D M M Y Y Y Y data di nascita giorno mese anno **COUNTRY OF BIRTH**        comune (o Stato estero) di nascita

**DOMICILIO FISCALE** CITY WHERE YOU LIVE NOW comune **T O** M=MALE F=FEMALE **CURRENT ADDRESS (STREET AND ST.NUMBER)**        prov. via e numero civico

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**        codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

		codice tributo	rateazione/regione/prov. mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>					,	,	
	<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>				,	,	
	<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>				,	,	
					,	,	
codice ufficio	codice atto						+/-
<b>TOTALE A</b>					<b>B</b>		<b>SALDO (A-B)</b>

**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>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>13</b>	<b>8846</b>			<b>700,00</b>	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
<b>TOTALE E</b>				<b>F</b>		+/- <b>SALDO (E-F)</b>

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
									,	,	
									,	,	
									,	,	
									,	,	
<b>TOTALE G</b>									<b>H</b>		+/- <b>SALDO (G-H)</b>

**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>					<b>L</b>		+/- <b>SALDO (I-L)</b>

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>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**FIRMA**

\_\_\_\_\_ **READABLE SIGNATURE**

**SALDO FINALE**

**EURO** + **700,00**

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno  bancario/postale  circolare/vaglia postale

n.ro \_\_\_\_\_

tratto / emesso su \_\_\_\_\_

cod. ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN I T \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

\_\_\_\_\_

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ sesso (M o F) \_\_\_\_\_ comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_

giorno mese anno

prov. \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_

via e numero civico \_\_\_\_\_

DOMICILIO FISCALE

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

\_\_\_\_\_

codice identificativo \_\_\_\_\_

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/regione/prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,

codice ufficio \_\_\_\_\_

codice atto \_\_\_\_\_

+/- SALDO (A-B)

TOTALE A

B

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 \_\_\_\_\_

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
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- SALDO (C-D)

TOTALE C

D

SEZIONE REGIONI

codice regione \_\_\_\_\_

codice tributo \_\_\_\_\_

rateazione/ mese rif. \_\_\_\_\_

anno di riferimento \_\_\_\_\_

importi a debito versati \_\_\_\_\_

importi a credito compensati \_\_\_\_\_

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

+/- SALDO (E-F)

TOTALE E

F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune \_\_\_\_\_

Raw. Immob. variati Acc. Saldo numero immobili \_\_\_\_\_

codice tributo \_\_\_\_\_

rateazione/ mese rif. \_\_\_\_\_

anno di riferimento \_\_\_\_\_

importi a debito versati \_\_\_\_\_

importi a credito compensati \_\_\_\_\_

codice ente/codice comune	Raw. Immob. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
							,	,
							,	,
							,	,
							,	,
							,	,
							,	,
							,	,
							,	,
							,	,

+/- SALDO (G-H)

TOTALE G

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede \_\_\_\_\_ codice ditta \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ numero di riferimento \_\_\_\_\_ causale \_\_\_\_\_

importi a debito versati \_\_\_\_\_

importi a credito compensati \_\_\_\_\_

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,

+/- SALDO (I-L)

TOTALE I

L

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 \_\_\_\_\_

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
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,

+/- SALDO (M-N)

TOTALE M

N

SALDO FINALE

EURO +

, 

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/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

bancario/postale

circolare/vaglia postale

cod. ABI

CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

# MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

### CODICE FISCALE

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

### DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

### DOMICILIO FISCALE

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

codice identificativo

## SEZIONE ERARIO

### IMPOSTE DIRETTE - IVA

### RITENUTE ALLA FONTE

### ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>TOTALE</b>			<b>A</b>	<b>B</b>

codice ufficio

codice atto

+/- SALDO (A-B)

## SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>TOTALE</b>						<b>C</b>

+/- SALDO (C-D)

## SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>TOTALE</b>				<b>E</b>	<b>F</b>

+/- SALDO (E-F)

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>TOTALE</b>									<b>G</b>	<b>H</b>

+/- SALDO (G-H)

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

						IDENTIFICATIVO OPERAZIONE					
codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati					
<b>TOTALE</b>					<b>I</b>	<b>L</b>					

+/- SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>TOTALE</b>						<b>M</b>	<b>N</b>

+/- SALDO (M-N)

### SALDO FINALE

EURO +

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
					n.ro _____
tratto / emesso su _____					cod. ABI _____
					CAB _____



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE PIEMONTE**  
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"  
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  
Cod. fiscale/P.I. 11632570013  
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino  
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

**ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SSN**

**PRIMA ISCRIZIONE**

**RINNOVO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

di nazionalità \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto al SSN per l'Anno \_\_\_\_\_

A tale scopo dichiaro di essere:

- Studente;
- Cittadino collocato alla pari;
- Cittadino che non svolge attività lavorativa;
- Altre categorie

Torino \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

1. Contributo per cittadino straniero/comunitario studente: Euro 700 (settecento/00);  
(Allegare iscrizione al corso di studi)
2. Contributo per straniero/comunitario alla pari: Euro 1200 (milleduecento/00);
3. Contributo per straniero/comunitario che non rientra nei casi di cui sopra: Euro 2000  
(duemila/00)
4. Il contributo si calcola applicando:
  - ✓ l'aliquota del 7,50% fino alla quota di reddito pari a Euro 20658,28
  - ✓ l'aliquota del 4% sugli importi eccedenti a Euro 20658,28 e fino al limite di Euro 51645,69

Il versamento di 2000 Euro consente anche l'iscrizione dei familiari a carico.

Documentazione da allegare alla presente: copia dichiarazione dei redditi, se presenti, e certificazioni da competenti autorità per redditi conseguiti all'estero.

Il contributo deve essere versato utilizzando esclusivamente il mod. F24 – Sezione Regioni (13Piemonte)  
Cod. tributo 8846  
NO F24 VELOCE

 **REGIONE  
PIEMONTE**





**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE**  
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"  
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  
Cod. fiscale/P.I 11632570013  
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino  
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a in \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via/corso/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ ( ) in via/corso/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

DI NON AVER PERCEPITO REDDITO PER L'ANNO \_\_\_\_\_

DI AVER PERCEPITO REDDITO DI Euro \_\_\_\_\_ PER L'ANNO \_\_\_\_\_

Contributo versato tramite mod. F24 pari a Euro \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Torino, \_\_\_\_\_

Il dichiarante  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'operatore addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente unitamente a una fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

