

**ALLO SPORTELLO UNICO PER L'IMMIGRAZIONE  
di IMPERIA**

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

Il \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

ai fini della trattazione della richiesta di ricongiungimento familiare relativa al / ai seguente / i genitore / i:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che nel paese d'origine del/i genitore/i

esistono

non esistono

altri figli nel paese d'origine.

di essere a conoscenza che nel caso in cui il genitore richiesto abbia altri figli nel paese d'origine,  
nonostante il rilascio del nulla osta da parte di questo sportello unico, il visto potrà essere negato  
dall'autorità consolare italiana all'estero.

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**ALLO SPORTELLO UNICO PER L'IMMIGRAZIONE – IMPERIA**

**Il/la sottoscritto/a:**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadino/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

ai fini della trattazione della richiesta di ricongiungimento relativa al/ai seguente/i genitore/i:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**dichiara**

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000**

che nel paese di origine del/dei genitore/i:

- esistono  non esistono altri figli, e che questi, se esistenti  
 possono  non possono provvedere al sostentamento del genitore per documentati gravi motivi di salute.

di essere a conoscenza che il comma 3 lett. B bis dell'art. 29 del D.L.vo 286/987 (T.U.I.), modificato dal D.L.vo 160 del 03/10/2008, prevede che debba essere stipulata **un'assicurazione sanitaria** che garantisca tutti i rischi nel territorio nazionale relativamente al genitore ultrasessantaciquenne richiesto.

il sottoscritto si impegna a stipulare la polizza sanitaria richiesta entro 8 giorni dall'arrivo del congiunto in Italia, e comunque, prima della presentazione dello stesso familiare allo Sportello Unico per la registrazione del primo ingresso, consapevole del fatto che, in mancanza dell'esibizione della suddetta polizza, il permesso di soggiorno non verrà rilasciato.

di essere a conoscenza che nel caso in cui il genitore richiesto abbia altri figli nel paese d'origine, nonostante il rilascio del nulla osta da parte di questo Sportello Unico, il visto potrà essere negato dall'Autorità consolare italiana all'estero.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**N.B.: La presente dichiarazione, debitamente compilata e firmata, va consegnata allo Sportello Unico con allegata la fotocopia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.**



# Asl1

Sistema Sanitario Regione Liguria

**DIPARTIMENTO DI  
Cure Primarie ed Attività Distrettuali**

Struttura Complessa  
Distretto di Sanremo

**Autocertificazione per iscrizione volontaria al S.S.N. relativamente ai redditi  
dell'Anno \_\_\_\_\_**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dell'atto di notorietà resa ai sensi  
degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

(cognome e nome)

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ c.f.: \_\_\_\_\_ residente nel

Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Per sé e per tutti i componenti del nucleo familiare, di avere percepito redditi di qualsiasi natura, conseguiti in Italia o all'estero, nell'anno \_\_\_\_\_ pari ad € \_\_\_\_\_

FONTI	IMPORTO €

Di avere (in caso di prima iscrizione) o avere avuto (in caso di rinnovo di iscrizione) nell'anno precedente una giacenza media superiore alla tabella sotto riportata:

N° componenti nucleo	Giacenza media	Fonte	Barrare caso che ricorre
Solo richiedente	€ 5.977,79		<input type="checkbox"/>
2 o 3 componenti	€ 11.955,58		<input type="checkbox"/>
4 o più componenti	€ 17.933,37		<input type="checkbox"/>

Sanremo, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**Allegare copia di un valido documento di identità.**

Via Aurelia, 97 – 18038 Bussana di Sanremo (IM)  
Codice Fiscale – Partita IVA n. 01083060085

[www.asl1.liguria.it](http://www.asl1.liguria.it)   
[protocollo@pec.asl1.liguria.it](mailto:protocollo@pec.asl1.liguria.it)   
telefono centralino: 0184 536.1 

Oggetto: iscrizioni volontarie.

Con riferimento all'oggetto, al fine di dar seguito alla normativa vigente, si precisa quanto segue:

- 1) L'iscrizione volontaria comporta il pagamento di un contributo annuale rapportato al reddito complessivo conseguito in Italia e/o all'estero nell'anno precedente a quello di iscrizione, che fissa la percentuale contributiva nella misura del 7,50% del reddito complessivo sino a € 20.658,27 annui;
- 2) sulla quota eccedente il predetto importo e fino al limite di € 51.645,68 è dovuto un contributo nella misura del 4%.
- 3) L'ammontare del contributo non può comunque essere inferiore all'importo di €387,34 e non superiore a €2.815,20

Pertanto, gli operatori di anagrafe all'atto della richiesta di iscrizione da parte dei cittadini, dovranno fornire il modello di autocertificazione allegato, informando gli aventi diritto che all'atto della presentazione del citato modulo, debitamente compilato, gli uffici preposti procederanno alle verifiche ed al conteggio dell'importo dovuto da corrispondere tramite pagamento con bollettino postale n. 606160 intestato alla REGIONE LIGURIA.

Distinti saluti