

HEALTH CARE GUIDE

Non-EU citizens holding a study/research residence permit must register with the Italian National Health Service (SSN) or possess valid health insurance 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 1st of January to 31st 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 31st 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**: €700,00
- If you have a **visa/permit for research** and a contract not subject to IRPEF (research grant): €2000,00. • If you have a visa/permit for research: 2.000,00€. The contribution is calculated by applying:
 - ✓ The rate of 7.50% up to the income share of €20,658.28
 - ✓ The rate of 4% on amounts exceeding €20,658.28 and up to the limit of €51,645.69

The payment of € 2,000 also allows the registration of dependent family members.

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)
- Voluntary registration form (see annex 2)
- Atto notorio declaration (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: [Sportelli per pratiche amministrative | Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino" \(aslcittaditorino.it\)](http://Sportelli.per.pratiche.amministrative.Azienda.Sanitaria.Locale.)

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 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
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.

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

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

DATI ANAGRAFICI **FAMILY NAME** **FIRST NAME**

DATE OF BIRTH **COUNTRY OF BIRTH**

DOMICILIO FISCALE CITY WHERE YOU LIVE NOW **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 rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA							
	RITENUTE ALLA FONTE						
	ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
TOTALE A				B		SALDO (A-B)	

SEZIONE INPS

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

SEZIONE REGIONI

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

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	
TOTALE G									H		SALDO (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	
INAIL									
TOTALE I							L		SALDO (I-L)
TOTALE M							N		SALDO (M-N)

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	Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA CAB/SPORTELLIO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
		tratto / emesso su	cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

I T

firma

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA _____ PROV. _____
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE _____

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

DATI ANAGRAFICI

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE _____

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

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

SEZIONE ERARIO

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

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	materiale INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
				, ,	, ,	
				, ,	, ,	
				, ,	, ,	
				, ,	, ,	
				, ,	, ,	
TOTALE C				, ,	, ,	D _____

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

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

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						, ,	, ,	
						, ,	, ,	
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 bancario/postale circolare/vaglia postale

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.

 REGIONE
PIEMONTE