

**Bedürftigkeitserklärung**

**Dichiarazione d'indigenza**

Der/die Unterfertigte - Il/la sottoscritto/a .....

Geburtsdatum - data di nascita .....

Staatsbürgerschaft/cittadinanza .....

ansässig in / residente in .....(.....)

Str./via .....Nr./n. ....

Aufenthaltsadresse/indirizzo di domicilio .....(.....)

Str. /via ..... Nr./n. ....

erklärt – dichiara

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, und im Bewusstsein, daß er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 75 und 76 obgenannten Dekretes vorgesehen ist, Folgendes:

- 1. bedürftig und ohne ausreichende wirtschaftliche Mittel zu sein, da das Familiengesamteinkommen für das Jahr 2021 unter:**  
 Euro 5.983,64 (nur der Ansuchende)  
 Euro 8.975,46 (der Ansuchende+1 Familienangehöriger)  
 Euro 11.967,28 (der Ansuchende+2 Familienangehörige oder mehr zu Lasten lebende Kinder unter 14 Jahren)  
 Euro 14.959,10 (der Ansuchende+3 Familienangehörige)  
 Euro 17.950,92 (der Ansuchende+4 Familienangehörige)  
**liegt.**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti, così come previsto rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del succitato decreto, quanto segue:

- 1. di essere indigente e privo di risorse economiche sufficienti in quanto il reddito familiare complessivo per l'anno 2021 è inferiore a:**  
 Euro 5.983,64 (solo richiedente)  
 Euro 8.975,46 (richiedente + 1 familiare)  
 Euro 11.967,28 (richiedente + 2 familiari o più bambini a carico minori di 14 anni)  
 Euro 14.959,10 (richiedente + 3 familiari)  
 Euro 17.950,92 (richiedente + 4 familiari).

**2. folgende Familienmitglieder zu Lasten zu haben**

**2. di avere a carico i seguenti familiari**

Vor- und Zuname Nome e cognome	Geburtsdatum Data di nascita	Verwandtschaftsgrad Grado di parentela
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**3. keinen Versicherungsschutz in Italien zu haben und nicht von öffentlichen oder privaten ausländischen Versicherungsträgern betreut zu sein.**

**3. di essere privo di copertura sanitaria in Italia e non assistito da istituzione mutualistiche estere pubbliche o private.**

Der/Die Unterfertigte verpflichtet sich innerhalb von 10 Tagen eventuelle Änderungen dem Gesundheitsbezirk mitzuteilen, welche hinsichtlich seiner/ihrer Versicherungsposition, als auch seines/ihrer Einkommens und jener seiner/ihrer zu Lasten lebenden Familienmitglieder, eintreten sollten.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare entro 10 giorni al Comprensorio Sanitario eventuali cambiamenti riguardanti il suo titolo assicurativo e la sua situazione reddituale e quella dei suoi familiari a carico.

**Aufklärung im Sinne des Legislativdekretes vom 30.06.2003, Nr. 196 (Kodex bezüglich den Schutz der personenbezogenen Daten):**

Die personenbezogenen Daten werden manuell und in digitaler Form ausschließlich für die Erfordernisse, die mit Abwicklung des vorliegenden Antrages zusammenhängen, verarbeitet. Die Weigerung die Daten zur Verfügung zu stellen bewirkt, dass der Antrag nicht behandelt werden kann. Die Übermittlung der Daten an öffentliche Körperschaften wird nur in den vom Gesetz oder von Verordnungen vorgesehenen Fällen vorgenommen bzw. für die Ausübung institutioneller Aufgaben. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist der zuständige Abteilungsdirektor. Inhaber der Datenverarbeitung ist der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen. Der/die Unterfertigte, kann die vom Art. 7 des Leg. D. Nr. 196/2003 vom 30.06.2003 vorgesehenen Rechte ausüben.

**Informativa ai sensi del Decreto Lgs. n.196 del 30.06.2003 (codice in materia di protezione dei dati personali):**

I dati personali vengono trattati manualmente e in forma digitale esclusivamente per le finalità connesse con l'espletamento della presente domanda. Il rifiuto di mettere a disposizione i dati comporta l'impossibilità di evadere la domanda. La comunicazione a enti pubblici avviene soltanto nei casi previsti dalla legge o da regolamenti nonché per lo svolgimento di compiti istituzionali. Responsabile del trattamento dei dati è il competente Direttore della Ripartizione. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. All'interessato/a spettano i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 del 30.06.2003.

.....  
(Datum / data)

.....  
(Unterschrift / firma)

Anlage:  
Ablichtung Erkennungsausweis

Allegato:  
fotocopia documento di riconoscimento