



AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO VISITE ED ESAMI SPECIALISTICI

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - D.G.R. 2790/2010 (B.U.R.P. n. 7 del 14/01/2011)

Il/la sottoscritto/a					nato/a a					il				
residente a					Prov.					Via				
C.F.														

In qualità di: diretto interessato Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado
ovvero di genitore esercente la potestà, tutore, amministratore di sostegno, curatore del seguente beneficiario:

Nome					Cognome					nato/a a					il				
residente a					Prov.					Via									
C.F.																			

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*)

E01 (a)	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98												
E01 (b)	Con figlio/i di età inferiore a 6 anni appartenente/i ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98:												
	<table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale								
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale										
E02	<p>Disoccupato (o appartenente al nucleo familiare fiscale del disoccupato), iscritto negli elenchi del Centro per l'Impiego di _____, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31, incrementabile fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.</p> <p>Dati del Disoccupato (<i>se diverso dal dichiarante</i>)</p> <table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale								
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale										
E03	<p>Titolare di pensione sociale (o appartenente al nucleo familiare fiscale del titolare di pensione sociale)</p> <p>Dati del Titolare di pensione sociale (<i>se diverso dal dichiarante</i>)</p> <table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale								
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale										
E04	<p>Titolare di pensione al minimo (o appartenente al nucleo familiare fiscale del titolare di pensione al minimo) di età superiore a 60 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a € 8.263,31 incrementabile fino a € 11.362,05, in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.</p> <p>Dati del Titolare di pensione al minimo (<i>se diverso dal dichiarante</i>)</p> <table border="1"> <tr> <th>Nome e Cognome</th> <th>Data di Nascita</th> <th>Comune di Nascita</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale								
Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale										

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede altresì il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare fiscale del dichiarante (da compilarsi solo per le condizioni E02, E03 e E04).

Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo al ritiro dell'attestato di esenzione rilasciato dalla ASL, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (art. 1 comma 7 del D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____ FIRMA _____

PER ACCETTAZIONE



AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO ASSISTENZA FARMACEUTICA

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - DGR n. 1391/2011 (B.U.R.P n. 104 del 01/07/2011)

Il/la sottoscritto/a					nato/a a					il				
residente a					Prov.					Via				
C.F.														

In qualità di: diretto interessato Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado.
 ovvero di genitore esercente la potestà, tutore, amministratore di sostegno, curatore del seguente beneficiario:

Il/la sottoscritto/a					nato/a a					il				
residente a					Prov.					Via				
C.F.														

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*)

E94	Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.
E95	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo annuo non superiore a 36.151,98 euro
E96	Assistito appartenente a nuclei familiari con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede altresì il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare fiscale del dichiarante (da compilarsi eventualmente solo per le condizioni E94 e E96):

Nome e Cognome	Data di Nascita	Comune di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Note
Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo al ritiro dell'attestato di esenzione rilasciato dalla ASL, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (art. 1 comma 7 del D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____ FIRMA _____

PER ACCETTAZIONE