

Regione Puglia
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO n. 10

Comuni di : ADELFA - CAPURSO - BELLAMARE - TRIGGIANO - VALENZANO
Sede : Via Alessandro Volta, 21 - TRIGGIANO (BA) - Tel. 080.4626556-6552-6551
Fax 080.4626586

Domanda per ottenere l'esenzione ticket relativa alle prestazioni specialistiche e farmaceutiche per patologia (D.M. 28.05.1999 e successive modificazioni)

Il sottoscritto/a nato/a a
prov. il e residente a C.A.P.
via/piazza n. codice fiscale
tel. E-mail

CHIEDE Per se

Per il figlio/a minore nato il / / a

ai sensi della vigente normativa di essere esentato dal pagamento del ticket sulle prestazioni strumentali per patologia e a tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia conforme all'originale della cartella clinica, cartellino di dimissione ospedaliero, certificazione rilasciata da struttura pubblica equiparata o altra idonea documentazione
- Copia conforme all'originale della cartella clinica rilasciata da struttura sanitaria privata convenzionata
- Copia conforme all'originale della certificazione attestante l'invalidità civile, l'invalidità per servizio (I.N.P.S., I.N.A.I.L.) o altra documentazione valida rilasciata dalle competenti strutture o commissioni mediche
- Fotocopia della tessera sanitaria
- Fotocopia di documento di identità in corso di validità
- Modello di esenzione per altre patologie o reddito già in possesso

DICHIARA

di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia di riservatezza dati personali in particolare di quelli di cui agli artt. 10 (informazione resa al momento della raccolta e inerenti alla salute) della legge 31.12.1996 n. 675 e successive integrazioni e modificazioni; che ha preso visione, ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati da parte dei soggetti erogatori di prestazioni, pubblici, convenzionati o accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale o da soggetti accreditati alla prescrizione ed erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di esenzione.

....., li

.....
(FIRMA)

Sulla scorta della documentazione esibita dal Sig./ra
nato/a a prov. il e residente in
C.A.P. via/piazza n.

Visto che le patologie sono/non sono tra quelle previste dal D.M. n. 329 del 28.05.1999 e successive
modificazioni ed integrazioni, pertanto si riconosce/non si riconosce (*) il diritto all'esenzione alla
compartecipazione alla spesa per patologia.

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

(*) MOTIVAZIONE DINIEGO
.....
.....
.....
.....

Il/la sottoscritto/a documento di riconoscimento
..... delego/a il Sir./ra
nato/a il a ritirare in mia vece l'attestato di
esenzione del pagamento del ticket relativo alla richiesta da me presentata.

....., li
..... (FIRMA)