

[illegible]

Esito	Firma
Non Esente	
Totale Nucleo	
Parziale Nucleo	
Totale Assistito	
Parziale Assistito	

AUTOCERTIFICAZIONE valida come **ATTESTAZIONE TEMPORANEA** fino al **31.12.2008** (scrivere in stampatello)

DICHIARAZIONE DI SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI CHE DANNO DIRITTO SOGGETTIVO AD ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA, redatta ai fini del rilascio della relativa attestazione da parte della ASL, con riferimento alle vigenti disposizioni normative, amministrative e regolamentari della Regione Puglia disciplinanti la materia, con esplicito consenso all'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, per le finalità amministrative e di controllo previste dalle norme di legge e dalle regolamentazioni regionali, di cui in particolare alla Deliberazione della Giunta Regionale _____, n. _____, pubblicata sul BURP n. _____ del _____, con decorrenza dal 1° Ottobre 2008, che prevedono accertamenti da parte delle strutture del SSR da compiersi anche con la collaborazione dell'Agenzia delle Entrate del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

C.F. _____ , residente a _____ Prov. _____ Via _____

_____, giusta allegata **fotocopia** di proprio **documento di identità**, di seguito indicato come "Dichiarante", consapevole delle responsabilità civili, fiscali e penali derivanti da dichiarazioni false e mendaci relative alla propria posizione soggettiva ed a quella dei componenti il nucleo familiare, nonché da impropria richiesta di specialità medicinali effettuata al medico curante a nome proprio o di propri familiari CHE NON sono esenti dalla compartecipazione alle spesa farmaceutica, afferma esplicitamente che sono veritiere tutte le dichiarazioni effettuate di seguito e che il richiedente la esenzione (o il beneficiario) appartiene alla seguente categoria:

ESENZIONE TOTALE

- (A)** Grande invalido del lavoro (dall'80 al 100%);
- (B)** Invalido per servizio (dalla I alla V categoria);
- (C)** Invalido civile al 100% e titolare di pensione di inabilità assoluta e permanente;
- (D)** Invalido di guerra titolare di pensione vitalizia;
- (E)** Titolare di sola pensione sociale (oltre ad eventuale casa di abitazione);
- (F)** Componente di nucleo familiare con reddito imponibile IRPEF annuo di tutti i soggetti fino a €29.000, elevabile di € 1.000 per ogni figlio a carico;

ESENZIONE PARZIALE

- (I)** Componente di nucleo familiare con reddito imp.IRPEF annuo di tutti i soggetti fino a € 34.000, elevabile di € 1.000 per ogni figlio a carico;
- (L)** Soggetto di età superiore a 65 anni, componente di nucleo familiare con reddito imp.IRPEF annuo di tutti i soggetti fino a € 39.000, elevabile di € 1.000 per ogni figlio a carico.

ATTENZIONE: trascrivere la lettera e la dicitura dell'essenziale

Attenzione: per **"reddito del nucleo familiare"** si intende il reddito imponibile IRPEF annuo composto dal richiedente stesso, dai soggetti con i quali convive e da quelli considerati a suo carico ai fini IRPEF. Per familiari a carico si intendono i familiari non fiscalmente indipendenti, per i quali il dichiarante gode di detrazioni fiscali, in quanto titolari di reddito annuo inferiore a € 2.840,51, ai sensi dei D.L. n. 109 e n. 124 del 1998. A seconda del modulo utilizzato per la dichiarazione dei redditi, detti importi potranno essere ricavati dal Modello CUD/2008, Modello Unico/2008 e Modello 730/2008. Per maggiori informazioni si faccia riferimento alle istruzioni per la compilazione dei modelli CUD, Unico e 730 consultabili sul sito www.finanze.it del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sezione "Modulistica". Si precisa che l'indennità di accompagnamento, la pensione di guerra e la rendita INAIL non rientrano nell'imponibile IRPEF. Per i soggetti che, in ragione delle vigenti norme fiscali, per emolumenti da lavoro dipendente ed assimilati corrisposti da più datori di lavoro, non sono tenuti a presentare la dichiarazione dei redditi, i relativi importi, al lordo delle ritenute, concorrono alla determinazione del reddito dell'intero nucleo familiare.

Il sottoscritto si impegna a comunicare alla ASL entro 30 giorni qualsiasi variazione del reddito e della composizione del nucleo familiare di cui alla presente dichiarazione che dia luogo alla decadenza del requisito di reddito, in ragione del quale richiede di poter fruire della esenzione alla compartecipazione alla spesa farmaceutica, obbligandosi a risarcire alla ASL l'eventuale danno economico.

(1) La presente dichiarazione è rilasciata dal sottoscrittore, nella sua qualità di _____, nell'interesse del minore/incapace

_____, nato a _____ il _____,

C.F. _____ residente a _____ Prov. _____

Via _____, effettivo beneficiario.

⁽¹⁾ Riquadro da compilarsi esclusivamente da parte del genitore o altro soggetto esercitante la patria potestà, per gli assistiti di età inferiore ai 18 anni e, per gli incapaci, dal tutore giudiziario.

Dichiara altresì che il proprio nucleo familiare (costituito, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo N. 124/1998, dal dichiarante, dai familiari conviventi e da quelli considerati a carico ai fini IRPEF) è così composto, compreso lo stesso dichiarante:

[illegible]

Ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 20.12.2000 n. 445, il sottoscritto dichiara che quanto riportato nella presente dichiarazione corrisponde al vero.

Data

Il Dichiarante, letto, confermato e sottoscritto