



AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO
AI SENSI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2002 CON SAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE PER LE FALSE DICHIARAZIONI, LA FALSITÀ NEGLI ATTI O L'USO DI ATTI FALSI.

Il Sottoscritto

Codice Fiscale

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

(Con il seguente nucleo familiare fiscale (indicare F per figlio, C per coniuge, A per altro nella prima colonna):

N°	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE

DICHIARA

- di aver diritto all'esenzione per motivi di reddito, ai sensi della L. N° 537/1993 e s.m.i., sulla base dei redditi dell'anno d'imposta precedente. L'ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/12/2009 art. 1 c. 7 lett.)
- di appartenere ad una delle seguenti categorie (barrare la casella):

☐	E00	Soggetto con più di 6 anni o meno di 65 anni con reddito fiscale familiare lordo inferiore a €. 36.151,98 Esclusivamente per la prescrizione di farmaci correlati alla patologia cronica e o rara posseduta
☐	E01	Soggetto con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito fiscale lordo familiare inferiore a €. 36.151,98 LIMITATAMENTE ALLA SPESA SPECIALISTICA
☐	E02	Disoccupati, (per chi ha perso il lavoro ed è regolarmente iscritto all'Ufficio di Collocamento in attesa di nuova occupazione), (non ha diritto a tale esenzione chi non ha mai lavorato o ha svolto attività di lavoro autonomo) e loro familiari a carico con reddito fiscale lordo familiare inferiore a €. 8.263,31 incrementato a €. 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori €. 516,00 per ogni figlio a carico
☐	E03	Titolari (ultrasessantacinquenni) di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico
☐	E04	Titolari di pensione al minimo (attestata dal mod. INPS O Bis M con dicitura "integrata al trattamento minimo") con più di 60 anni e loro familiari a carico con reddito fiscale lordo familiare inferiore a €. 8.263,31 incrementato a €. 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori €. 516,00 per ogni figlio a carico
☐	E07	Cittadino extracomunitario iscritto al servizio sanitario nazionale con permesso di soggiorno per richiesta di asilo politico o motivi umanitari
☐	E20	Cittadini appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con reddito complessivo lordo non superiore a € 16.000,00 LIMITATAMENTE ALLA SPESA FARMACEUTICA
☐	E21	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare fiscale composto da 3 persone con reddito complessivo lordo non superiore a €. 19.000,00 LIMITATAMENTE ALLA SPESA FARMACEUTICA
☐	E22	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare fiscale composto da 4 o 5 persone con reddito complessivo lordo non superiore a €. 23.000,00 LIMITATAMENTE ALLA SPESA FARMACEUTICA
☐	E23	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare fiscale composto da oltre 5 persone con reddito complessivo lordo non superiore a €. 25.000,00 LIMITATAMENTE ALLA SPESA FARMACEUTICA
☐	E24	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo compreso tra € 36.151,98 e € 52.000,00 Codice da utilizzare solo se il paziente, oltre alle condizioni reddituali, sia in possesso di codici di esenzione per patologia e/o malattia rara e/o condizione

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 2016/679)

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

Data _____ Firma leggibile _____

Nota: Si ricorda che è obbligatorio comunicare tempestivamente alla ASL, l'eventuale perdita dei requisiti del diritto all'esenzione autocertificati o comunque di non avvalersi più di tale diritto.

Documenti da allegare alla presente domanda: fotocopia carta identità del dichiarante sottoscrittore della autocertificazione e tessere sanitarie in originale del dichiarante e degli aventi diritto

MODELLO DI DELEGA

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente in _____ Via _____

DELEGO

Il COMUNE DI GIOI in persona dell' Agente di P.M. Romano Roberto

al rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket

Allega:

☐ fotocopia del documento di riconoscimento del delegante

Luogo e Data

Firma del dichiarante