

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER MOTIVI DI REDDITO

(Applicazioni leggi Finanziarie 1995 / 1996 e Successive integrazioni e modifiche e DM 11 Dicembre 2009)

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale(*) _____

Nato/a il _____ a _____ tel. cellulare _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

(*) se non indicato in tabella nucleo familiare

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore del minore _____
- In qualità di tutore/amministratore di sostegno di _____

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

DICHIARA

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

| Grado di parentela | NOME E COGNOME | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE |
|--------------------|----------------|-----------------|----------------|
| RICHIEDENTE | | | |
| CONIUGE | | | |
| FIGLIO | | | |
| | | | |
| | | | |

Di appartenere ad una delle seguenti categorie (barrare casella):

- ESENTE PER ETA' E REDDITO (E01)**, di età superiore a 65 anni appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98** euro.
- Con figlio minore ESENTE PER ETA' E REDDITO (E01)**, di età inferiore ai 6 anni appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98** euro.

NOME E COGNOME del figlio minore: _____

- TITOLARE ASSEGNO (EX PENSIONE) SOCIALE** (o familiare a carico del titolare di assegno sociale) **(E03)**

NOME E COGNOME del titolare di assegno sociale (se diverso dal dichiarante): _____

- TITOLARE DI PENSIONE AL MINIMO** (o familiare a carico del titolare di pensione al minimo) **(E04)**

Titolari di pensioni al minimo, di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti a nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **8.263,31** euro, incrementato fino a **11.362,05** euro se è presente un coniuge e di altri **516,46** euro per ogni figlio a carico.

NOME E COGNOME del titolare di pensione al minimo (se diverso dal dichiarante): _____

- DISOCCUPATO** (o familiare a carico del disoccupato) **(E02)**

Disoccupato, già precedentemente occupato, e familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **8.263,31** euro, incrementato fino a **11.362,05** euro se è presente un coniuge e di altri **516,46** euro per ogni figlio a carico.

NOME E COGNOME del disoccupato (se diverso dal dichiarante): _____
Che ha perso un lavoro alle dipendenze presso
e presentato **Dichiarazione di immediata disponibilità (Did)** in data.....
al centro per l'Impiego di (precisare il luogo)
E attualmente privo di impiego

Dichiara inoltre, qualora si accorga, a posteriori e spontaneamente, di avere sottoscritto, senza averne in realtà diritto, l'autocertificazione per motivi di reddito, di richiedere l'annullamento della stessa e di provvedere al pagamento delle prestazioni sanitarie fruite nel periodo considerato.

Informazioni sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679)

L'Azienda USL, in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo sulla base del Suo consenso al fine di riconoscere il diritto all'esenzione. I dati possono essere comunicati alla Regione Emilia-Romagna, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, INPS, Centri per l'Impiego per gli opportuni controlli. L'informazione relativa all'esenzione sarà messa a disposizione dei medici prescrittori per la corretta compilazione della prescrizione medica. I dati sono trattati in modo sicuro e per il tempo strettamente necessario al perseguimento della finalità per la quale sono trattati. Lei può in ogni momento esercitare i diritti in materia di trattamento dei dati (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, reclamo al Garante nei casi previsti dalla legge). Ulteriori specifiche sono consultabili sul sito dell'Azienda USL - sez. Privacy.

Lette le informazioni, presto il consenso al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____