

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO/REVOCA DELL'ESENZIONE TICKET PER
MOTIVI DI REDDITO (E01, E02, E03 ED E04), PER LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI (E99)
E PER FAMIGLIE CON ALMENO DUE FIGLI A CARICO FISCALE (FA2)**

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ nato/a
il _____ a _____ Prov. _____ codice
fiscale _____ residente a
_____ Prov. _____ via _____ n. _____ domiciliato a (se
diverso da residenza) _____ Prov. _____ via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di

diretto interessato

genitore (con la potestà legale) del minore

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

codice fiscale _____

tutore amministratore di sostegno di

(nome) _____ (cognome) _____ nato/a il

_____ a _____ Prov. _____ codice fiscale

CHIEDO DI ANNULLARE L'ESENZIONE TICKET (a partire da inizio validità annuale)

E01 **E03** **E04** che mi ha attribuito **Agenzia delle Entrate**

Nell'anno _____ in quanto privo dei requisiti per beneficiare di tale esenzione (specificare)

E01 **E02** **E03** **E04** **E099** che ho autocertificato

nell'anno _____ attualmente agli atti dell'Azienda USL, consapevole di avere reso una dichiarazione non veritiera rispetto alle condizioni previste dalla normativa, per erronea valutazione della situazione reddituale del mio nucleo familiare o per (specificare) _____

FA2 che mi ha attribuito Agenzia delle Entrate per l'anno _____ in quanto i seguenti componenti del mio nucleo familiare non hanno più diritto all'esenzione ticket

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIANANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

CHIEDO DI REVOCARE L'ESENZIONE TICKET (a partire dalla data indicata)

E02 **E99**

a partire dalla data _____ (indicare la data in cui sono venute meno le condizioni che davano diritto all'esenzione, ad es. ripresa dell'attività lavorativa) in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare) _____

FA2

a partire da _____ (indicare la data di variazione del nucleo familiare ai fini fiscali, ad es. figlio non più a carico) per i seguenti componenti del mio nucleo familiare

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIANANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

Data _____ Firma _____

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line sul sito dell'azienda USL di riferimento.