



**AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO
= ASSISTENZA FARMACEUTICA =**

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - DGR n. 1391/2011 (B.U.R.P n. 104 del 01/07/2011)

Il/la sottoscritto/a										nato/a a (*)										il	
residente a										Prov.					Via						
C.F.										Tel.										<i>(facoltativo)</i>	

In qualità di: |_| diretto interessato

ovvero di |_| tutore, |_| amministratore di sostegno, |_| curatore del seguente **beneficiario:**

Il/la sottoscritto/a										nato/a a (*)										il	
residente a										Prov.					Via						
C.F.																					

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*):

E94	Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.
E95	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente non superiore a 36.151,98 euro
E96	Assistito appartenente a nuclei familiari con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare ai fini fiscali del dichiarante (da compilarsi eventualmente solo per le condizioni E94 e E96):

Nome e Cognome	Data di Nascita (gg/mm/aa)	Comune di Nascita(*)	Codice Fiscale	Grado di parentela
				CONIUGE
				FIGLIO

(*)In caso di nascita in Stato Estero indicare lo Stato Estero di nascita, in luogo del Comune di nascita.

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Il sottoscritto è consapevole che la ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/12/2009 Art.1, comma 7, lettera c)

Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo ad avvenuta registrazione dell'autocertificazione nel Sistema Tessera Sanitaria (art. 1, comma 7 D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge, anche attraverso soggetti terzi autorizzati e/o convenzionati che procederanno alla raccolta e al trattamento dei dati stessi. L'interessato ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____ FIRMA _____

Preso atto dell'informativa, si autorizza il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei dati personali e delle informazioni riportate nelle schede.

Data _____ FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIMBRO _____ DATA _____ FIRMA _____