



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI RELATIVE AL POSSESSO DI CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO

(ART. 46 DPR 445/2000 E DM 11 Dicembre 2009)

Al presente modulo vanno allegate la fotocopia del documento di identità in corso di validità e la copia del codice fiscale

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____ tel/ cell _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

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 DPR 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA DICHIARA PER SE STESSO / PER IL MINORE / PER LA PERSONA SOGGETTA A TUTELA

Nome _____ Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____ tel/ cell. _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

Di appartenere / Che il minore appartiene / Che la persona soggetta a tutela appartiene ad una o più delle seguenti categorie (barrare caselle):

1. AI FINI DELL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E FARMACEUTICHE

E01 ESENTE PER ETÀ E REDDITO di età superiore a **65 anni** appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98 euro**

E01 ESENTE PER ETÀ E REDDITO di età inferiore ai **6 anni** appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98 euro**

E02 DISOCCUPATO 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. La condizione di disoccupato deve risultare al momento dell'autocertificazione e della fruizione della prestazione.

Nome, Cognome e Codice Fiscale del disoccupato _____

Data di nascita _____ Ho perso un lavoro alle dipendenze presso _____

E non svolgo attualmente alcuna attività lavorativa.

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

Nome, Cognome e Codice Fiscale del titolare di assegno sociale _____

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

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, Cognome e Codice Fiscale del titolare di pensione al minimo _____

2. AI FINI DELL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO DELLE PRESTAZIONI FARMACEUTICHE CORRELATE ALLA PATOLOGIA

EPF ESENTE PER PATOLOGIA di età tra i 6 e i 65 anni affetto da patologia cronica appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a 36.151,98 euro

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA ASL COMPETENTE L'EVENTUALE PERDITA DEI REQUISITI DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE ANCHE A SCADENZA/RINNOVO AVVENUTO. LA REVOCA DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE HA VALIDITÀ SOLO DAL MOMENTO DI CONSEGNA DEL MODULO APPOSITO (NON È RETROATTIVA) (Fermo restando l'obbligo delle Asl di effettuare verifiche sui requisiti che danno diritto all'esenzione e se necessario procedere con sanzioni amministrative)

Consenso al trattamento dati (Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003) 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 delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, i dati inerenti le esenzioni per reddito saranno messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. All'utente competono i diritti previsti da 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 _____