



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

Il/la sottoscritto/a										il					nato/a a				
residente a										Prov.					Via				
CF															Cel / tel				

In qualità di:  diretto interessato  Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado di \_\_\_\_\_  
 genitore esercente la potestà del minore \_\_\_\_\_,  tutore,  amministratore di sostegno,  curatore di \_\_\_\_\_  
**beneficiario: ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,**

**DICHIARA LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

Nome e Cognome	Data di Nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
			DICHIARANTE

**DI APPARTENERE** ad una delle seguenti categorie (*barrare casella*) e **CHIEDE** il rilascio della relativa certificazione di esenzione dal pagamento del **TICKET** per le prestazioni di **ASSISTENZA SPECIALISTICA** per motivi di reddito  
D.M. 11/12/2009 (G.U. n 302 del 30/12/2009 – D.G.R. 2790/2010 (B.U.R.P. n 7 del 14/01/2011) – D.G.R. n 1391/2011 ( B.U.R.P. n 104 del 01/07/2011/2011)

<b>E 01 (a)</b>	<b>Assistito di età superiore a 65 anni</b> , appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a € 36.151,98			
<b>E 01 (b)</b>	Con <b>figlio/i di età inferiore a 6 anni</b> appartenente/i ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente non superiore a € 36.151,98:			
	Nome e Cognome	Data di nascita	Comune	<b>CODICE FISCALE</b>
<b>E 02</b>	<b>Disoccupato che hanno perso una precedente occupazione</b> (o familiare a carico del disoccupato), iscritto negli elenchi del Centro per l'Impiego di _____, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31, incrementabile fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico. Dati del Disoccupato (se diverso dal dichiarante)			
	Nome e Cognome	Data di nascita	Comune	<b>CODICE FISCALE</b>
<b>E 03</b>	<b>Titolare di pensione sociale</b> (o familiare a carico del titolare di pensione sociale) Dati del Titolare di pensione sociale (se diverso dal dichiarante)			
	Nome e Cognome	Data di nascita	Comune	<b>CODICE FISCALE</b>
<b>E 04</b>	<b>Titolare di pensione al minimo</b> (o familiare a carico del titolare di pensione al minimo) di età superiore a 60 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente inferiore a € 8.263,31 incrementabile fino a € 11.362,05, in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico. Dati del Titolare di pensione al minimo (se diverso dal dichiarante)			
	Nome e Cognome	Data di nascita	Comune	<b>CODICE FISCALE</b>

**DI APPARTENERE** ad una delle seguenti categorie (*barrare casella*) e **CHIEDE** il rilascio della relativa certificazione di esenzione dal pagamento del **TICKET** per le prestazioni di **ASSISTENZA FARMACEUTICA** per motivi di reddito  
D.M. 11/12/2009 (G.U. n 302 del 30/12/2009 – D.G.R. 2790/2010 (B.U.R.P. n 7 del 14/01/2011) – D.G.R. n 1391/2011 ( B.U.R.P. n 104 del 01/07/2011/2011)

<b>E 94</b>	Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, <b>non superiore a € 18.000,00</b> , incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.
<b>E 95</b>	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo annuo <b>non superiore a € 36.151,98</b>
<b>E 96</b>	Assistito appartenente a nuclei familiari con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, <b>non superiore a € 23.000,00</b> , incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.

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

**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.

**Consenso** al trattamento dati ( 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. 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 dall'art.13 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 \_\_\_\_\_