



ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

U.O.C. AREA DISTRETTUALE 1

Direttore Dott. Renato Lisio

Tel. 085/9174201 e-mail: areadistrettuale1@asl2abruzzo.it

assistenza primaria.area1@asl2abruzzo.it

pua.chieti@asl2abruzzo.it

pua.ortona@asl2abruzzo.it

Prot. n° _____

RICHIESTA di ESENZIONE TICKET

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____ e-mail _____

Documento di riconoscimento n° _____ rilasciato da _____ in data _____

CHIEDE

per se medesimo

in favore di _____

nato a _____ il _____ residente a _____

via _____ n. _____ Codice Fiscale _____

il rilascio il rinnovo il duplicato della tessera di esenzione ticket per:

patologia cronica

Invalidità Civile

infortunio/malattia professionale INAIL

causa di servizio

A tal fine allega la seguente documentazione:

Certificazione specialistica rilasciata da struttura pubblica

Verbale di invalidità in corso di validità

Lettera dimissioni reparto ospedaliero (struttura pubblica o privata convenzionata)

DICHIARA

- 1) che, qualora dovessero venire meno le condizioni per le quali è stato rilasciato, il tesserino di esenzione verrà immediatamente restituito a questa A.S.L.
- 2) che, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.l. e consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma1, della suddetta normativa, la residenza è quella sopra indicata.

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, acconsente, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Data: _____ FIRMA _____

PARERE DEL MEDICO DEL SERVIZIO

CODICE ESENZIONE _____ SCADENZA _____

Data _____

FIRMA DEL MEDICO _____