**AUTOCERTIFICAZIONE PER L’ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO (E01 – E02 – E03 - E04)**

Il/La sottoscritt o/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ documento di

riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(barrare la casella) in qualità di:

d diretto interessato:

di genitore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di tutore/amministratore di sostegno/curatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL’ART.76 DEL DPR 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E’ PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA**

**D I C H I A R A**

- CHE IL **NUCLEO FAMILIARE** DI APPARTENENZA E’ IL SEGUENTE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRADO DI PARENTELA** | **COGNOME E NOME** | **DATA DI NASCITA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

-DI APPARTENERE AD UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE:

**E01 ESENTE PER ETA’ 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 CON FIGLIO MINORE ESENTE PER ETA’ E REDDITO** -di età inferiore a 6 anni appartenente ad un solo nucleo familiare con un reddito lordo inferiore a 36.151,98 euro;

NOME e COGNOME del figlio minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**E02 DISOCCUPATO GIA’ PRECEDENTEMENTE OCCUPATO (O FAMILIARE 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 in presenza del coniuge e di altri 516,46 euro per ogni figlio a carico;

COGNOME E NOME DEL DISOCCUPATO (se diverso dal dichiarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ISCRITTO NELL’ELENCO ANAGRAFICO DEL CENTRO PER L’IMPIEGO DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**E03 TITOLARE DI ASSEGNO** (EX PENSIONE) **SOCIALE** – e loro familiari a carico; COGNOME E NOME DEL TITOLARE DI ASSEGNO SOCIALE (se diverso dal dichiarante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**E04 TITOLARE DI PENSIONE AL MINIMO** - di età superiore a 60 anni e loro 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 in presenza del coniuge e di altri 516,46 euro per ogni figlio a carico; COGNOME E NOME DEL TITOLARE DI PENSIONE AL MINIMO (se diverso dal dichiarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**DICHIARA ALTRESI’, QUALORA SI ACCORGA, A POSTERIORI E SPONTANEAMENTE, DI AVER SOTTOSCRITTO, SENZA AVERNE IN REALTA’ DIRITTO,L’AUTOCERTIFICAZIONE PER MOTIVI DI REDDITO, DI RICHIEDERE L’ANNULLAMENTO DELLA STESSA E DI PROVVEDERE AL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE USUFRUITE NEL PERIODO CONSIDERATO.**

Consenso trattamento dati.Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art.13 del D.lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| * Si evidenzia che è obbligatorio comunicare tempestivamente alla ASL l’eventuale perdita dei requisiti del diritto all’esenzione autocertificata. * Il dichiarante è tenuto ad allegare un documento di identità in corso di validità e codice fiscale in copia |

**DELEGA AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE TICKET PER REDDITO (E01 – E02 – E03 – E04) E RITIRO ATTESTATO DI ESENZIONE**

Il/La sottoscritt o/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ documento di

riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D E L E G A**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_ documento di

riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLA CONSEGNA DEL PROPRIO MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE REDDITO (E01 - E02 – E03 – E04) E DAL RITIRO DEL RELATIVO CERTIFICATO DI ESENZIONE ED ESPRESSAMENTE ESONERA FIN D’ORA LA ASL N°02 LANCIANO/VASTO/CHIETI DA OGNI RESPONSABILITA’ CONSEGUENTE ALLA PRESENTE DELEGA.**

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del delegante Firma del delegato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| * **ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’ E TESSERA SANITARIA DEL DELEGANTE** * **ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’ E TESSERA SANITARIA DEL DELEGATO** |