



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 D.P.R. 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** (soggetto che abbia cessato un'attività di lavoro dipendente e sia iscritto negli elenchi dei centri per l'impiego) 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 _____

Iscritto all'elenco anagrafico del Centro per l'impiego di _____

☐ **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

Dichiara inoltre, qualora la presente autocertificazione risultasse non valida per mancanza dei requisiti, che richiederà la revoca della stessa.

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 _____