



**RICHIESTA CERTIFICATO D'ESENZIONE DAL TICKET
PER MOTIVI ECONOMICI
PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
(Dichiarazione sostitutiva ai sensi artt.46 e 47 DPR 445/2000)**

Al sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n.445/2000 consapevole della responsabilità pensale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi, il sottoscritto

DATI DEL SOGGETTO DICHIARANTE	
NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
TITOLO (*)	

(*) possono presentare la presente dichiarazione: l'assistito, oppure il genitore esercente la potestà, il tutore, il coniuge, il figlio o altro parente in linea retta o collaterale fino al 3° grado.

**DICHIARA
CHE**

DATI DELL'ASSISTITO	
NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

ha diritto alla esenzione per motivi economici, ai sensi della legge n. 537/1993 e successive modificazioni ed integrazioni, sulla base della seguente situazione:

7R2

età inferiore a 6 anni o superiore a 65 anni, con reddito familiare lordo anno precedente, non superiore a 36.165,98 euro (art.8 comma 16 della L.537/1993 e succ. modifiche ed integrazioni);

7R3

disoccupato

oppure

familiare a carico di disoccupato

- il disoccupato Sig./Sig.ra _____ ha sottoscritto il Patto di Servizio presso il Centro per l'Impiego di _____;
- il richiedente appartiene a un nucleo familiare con reddito familiare lordo riferito all'anno precedente non superiore a 8.283,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed ulteriormente incrementato di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (art.8 comma 16 della L.537/1993 e succ. modifiche ed integrazioni);

Straniero extracomunitario titolare di permesso di soggiorno per richiesta di asilo assimilato a cittadino italiano disoccupato

7R4

Titolare (ultrasessantacinquenni) di assegno sociale (ex pensione sociale)

oppure

Familiare a carico di titolare di assegno sociale (ex pensione sociale)

7R5

Titolare di pensione al minimo (ultrasessantenne)

oppure

Familiare a carico di pensionato al minimo

Dati del pensionato (se persona diversa dall'assistito): _____

Cognome e nome

- il richiedente appartiene a un nucleo familiare con reddito familiare lordo riferito all'anno precedente non superiore a 8.283,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed ulteriormente incrementato di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (art.8 comma 16 della L.537/1993 e succ. modifiche ed integrazioni);

Data _____

Firma del dichiarante _____

Al sensi del Testo Unico in materia di privacy, si dichiara che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno utilizzati da questa Azienda Sanitaria in relazione al procedimento amministrativo per cui essi sono comunicati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso correlati; il trattamento dei dati è eseguito con strumenti cartacei e informatici. E' fatto salvo l'esercizio dei diritti di cui al T.U. in materia di tutela della privacy.

COPIA FRONTE RETRO DEL DOCUMENTO E DEL CODICE FISCALE È OBBLIGATORIO