AUTOCERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO

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

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

DICHIARA

CHE

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

Dal **al**

E01	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)

E quindi ha diritto all'esenzione per motivi di reddito
(legge n.537/1993 e successive modificazioni ed integrazioni)

DATI DEL SOGETTO TITOLARE DI ESENZIONE E01	
NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/03.)
I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta legge. All'utente competono i diritti dall'art. 13 della legge 675/96, 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.

La ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/12/2009 Art.1, comma 7, lettera c)

Firma leggibile:		Operatore:	
Data:		Protocollo:	Timbro dell'azienda:

NOTA: Si evidenzia che è obbligatorio comunicare tempestivamente alla ASL l'eventuale perdita dei requisiti del diritto all'esenzione autocertificati e comunque di non avvalersi più di tale diritto.