

ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

Il/la _____ nato/a _____ il _____

Residente _____ Via _____ n° _____

CF _____

AUTOCERTIFICA

Di essere :

Disoccupato/a _____ licenziato dalla Ditta _____ sede legale _____

Che la composizione dal proprio nucleo familiare è la seguente:

Cognome Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale	Reazione parentale

TIPO DI ESENZIONE (barrare la casella che interessa)

- Sub codice E01** Il proprio figlio/a è di età inferiore ai 6 anni, e/o di essere ultrasessantacinquenne, e che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare con riferimento all'anno _____ (scadenza presentazione ultima dichiarazione dei redditi) non superava € 36.151,98 (settantamiliioni lire)
- Sub codice E02** Di essere disoccupato/a, ovvero a carico di familiare che dopo aver lasciato una precedente occupazione ha presentato ad un centro per l'impiego la dichiarazione di disponibilità al lavoro ai sensi del decreto legislativo n°181/2000, e successive modifiche e che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare relativo all'anno ____ (scadenza presentazione ultima dichiarazione dei redditi) non superava € 8.263,31 (sedecimilioni lire) incrementato a € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,00 per ogni figlio o familiare a carico.
- Sub codice E03** Di essere titolare di assegno (ex pensione sociale) o familiare a carico
- Sub codice E04** Di essere pensionato/a e di età superiore a 60 anni oppure un suo familiare fiscalmente a carico e che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare relativo all'anno _____ (scadenza presentazione ultima dichiarazione dei redditi) non superava € 8.263,31 (sedecimilioni lire) incrementato a € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,00 per ogni figlio o familiare a carico.

ATTENZIONE- CON LA FIRMA DELLA PRESENTE DOMANDA, IL DICHIARANTE ATTESTA DI AVERE CONOSCENZA CHE, AI SENSI DELL'ART. 6 COMMA 3 DEL D.P.C.M. N° 221 DEL 7 MAGGIO 1999, NEI CONFRONTI DEI BENEFICIARI POSSONO ESSERE ESEGUITI CONTROLLI DA PARTE DELLA GUARDIA DI FINANZA, AL FINE DI ACCERTARE LA VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI FORNITE, IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' IN ATTO O IN USO DI ATTI FALSI, OLTRE ALLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 L'ASL PROVVEDERA' ALLA REVOCA DEL BENEFICIO EVENTUALMENTE CONCESSO SULLA BASE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE COME PREVISTO DALL'ART. 75 DPR 445/2000

Il dichiarante si impegna a comunicare, tempestivamente, al Distretto Sanitario di competenza, ogni e qualsiasi variazione dovesse intervenire in riferimento a quanto sopra dichiarato.

Allego fotocopia documento di identità

_____, _____ li, _____ Il Dichiarante _____

P.S. - I soggetti iscritti alle liste "C" (Occupazione precaria") non hanno diritto alla esenzione dal ticket
- I soggetti collocati in Cassa Integrazione Guadagno sia essa ordinaria che straordinaria, sono considerati occupati e pertanto non possono beneficiare dell'esenzione del ticket