

AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ESENZIONE DAL TICKET

per reddito • D.M. 11 dicembre 2009 e art. 46 D.P.R. 445/2000

All'ASL / Distretto sanitario di

Il/La sottoscritto/a (cognome)

Nome

Nato/a a

Prov.

Il

Codice fiscale

Residente a

Prov.

CAP

Via / Piazza e numero civico

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, e della decadenza dai benefici eventualmente ottenuti sulla base di una dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

☐ per sé ☐ per il/la familiare (nome, cognome, codice fiscale)

di avere diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per la seguente condizione, riferita al reddito complessivo del nucleo familiare dell'anno precedente:

- ☐ E01 età inferiore a 6 anni o superiore a 65, reddito familiare non superiore a euro 36.151,98
- ☐ E02 disoccupato/a (o familiare a carico di disoccupato), reddito familiare inferiore ai limiti previsti
- ☐ E03 titolare di assegno sociale (o familiare a carico)
- ☐ E04 titolare di pensione al minimo di età superiore a 60 anni (o familiare a carico), reddito familiare inferiore ai limiti previsti

Luogo e data

Il/La dichiarante (firma leggibile)

La dichiarazione non richiede l'autentica della firma ed è esente dall'imposta di bollo (art. 37 del D.P.R. 445/2000). Se non viene firmata davanti al dipendente che la riceve, va consegnata o inviata insieme alla fotocopia di un documento d'identità valido del dichiarante (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Trattamento dei dati personali: i dati sono raccolti dal soggetto che riceve la dichiarazione e usati solo per il procedimento per cui viene presentata (Regolamento UE 2016/679).