

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO/REVOCA DELL'ESENZIONE TICKET PER
MOTIVI DI REDDITO (E01, E02, E03 ED E04), PER LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI (E99)
E PER FAMIGLIE CON ALMENO DUE FIGLI A CARICO FISCALE (FA2)**

Io sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
codice fiscale _____
residente a _____ Prov. _____ via _____ n. _____
domiciliato a (se diverso da residenza) _____ Prov. _____ via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di

diretto interessato

genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

codice fiscale _____

tutore amministratore di sostegno

di (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

codice fiscale _____

CHIEDO DI ANNULLARE L'ESENZIONE TICKET (a partire da inizio validità annuale)

E01 **E03** **E04** che mi ha attribuito l'Agenzia delle Entrate

nell'anno _____ in quanto privo dei requisiti per beneficiare di tale esenzione (specificare)

E01 **E02** **E03** **E04** **E099** che ho autocertificato

nell'anno _____ attualmente agli atti dell'Azienda USL, consapevole di avere reso una
dichiarazione non veritiera rispetto alle condizioni previste dalla normativa, per erronea valutazione
della situazione reddituale del mio nucleo familiare o per (specificare) _____

FA2 che mi ha attribuito l'Agenzia delle Entrate per l'anno _____ in quanto i seguenti componenti del mio nucleo familiare non hanno più diritto all'esenzione ticket

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIARANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

CHIEDO DI REVOCARE L'ESENZIONE TICKET (a partire dalla data indicata)

E02 **E99**

a partire dalla data _____ (indicare la data in cui sono venute meno le condizioni che davano diritto all'esenzione, ad es. ripresa dell'attività lavorativa, modifica della situazione reddituale) in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare) _____

FA2

a partire da _____ (indicare la data di variazione del nucleo familiare ai fini fiscali, ad es. figlio non più a carico) per i seguenti componenti del mio nucleo familiare

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIARANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

Data _____

Firma _____

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line su www.ausl.mo.it/informative-privacy. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a dpo@ausl.mo.it

Come presentare la richiesta

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona

- per posta elettronica ordinaria o certificata all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE!

- Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve compilare anche il "Modulo di delega".
- Se la richiesta è presentata presso una farmacia, la farmacia provvede a inviare la richiesta all'Azienda USL di Modena tramite fax o posta elettronica (a un indirizzo non PEC).

Quali documenti allegare

È necessario allegare una copia di un **documento** d'identità in corso di validità.