

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER MOTIVI DI REDDITO**

(Applicazioni leggi Finanziarie 1995 / 1996 e Successive integrazioni e modifiche e DM 11 Dicembre 2009)

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale (*) _____

Nato/a il _____ a _____ tel. cellulare _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

(*) se non indicato in tabella nucleo familiare

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore del minore _____
- In qualità di tutore/amministratore di sostegno di _____

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

**DICHIARA
COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:**

GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
RICHIEDENTE			
CONIUGE			
FIGLIO			
.....			
.....			

Di appartenere ad una delle seguenti categorie (barrare casella):

- ESENTE PER ETA' E REDDITO (E01)**, di età superiore a 65 anni appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98** euro.
- Con figlio minore ESENTE PER ETA' E REDDITO (E01)**, di età inferiore ai 6 anni appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98** euro.

NOME E COGNOME del figlio minore: _____

- TITOLARE ASSEGNO (EX PENSIONE) SOCIALE** (o familiare a carico del titolare di assegno sociale) **(E03)**

NOME E COGNOME del titolare di assegno sociale (se diverso dal dichiarante): _____

- TITOLARE DI PENSIONE AL MINIMO** (o familiare a carico del titolare di pensione al minimo) **(E04)**

Titolari di pensioni al minimo, di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti a nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **8.263,31** euro, incrementato fino a **11.362,05** euro se è presente un coniuge e di altri **516,46** euro per ogni figlio a carico.

NOME E COGNOME del titolare di pensione al minimo (se diverso dal dichiarante): _____

- DISOCCUPATO** (o familiare a carico del disoccupato) **(E02)**

Disoccupato, già precedentemente occupato, e familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **8.263,31** euro, incrementato fino a **11.362,05** euro se è presente un coniuge e di altri **516,46** euro per ogni figlio a carico.

NOME E COGNOME del disoccupato (se diverso dal dichiarante):.....che:
 - ha perso un lavoro alle dipendenze presso (specificare nome dell'azienda)
 Comune..... Prov. Via.....
 - è attualmente privo di impiego e immediatamente disponibile a cercare e a svolgere un lavoro
 - ha presentato **Dichiarazione di immediata disponibilità** (Did) in data.....al Portale Nazionale Lavoro/centro per l'Impiego di (precisare il luogo)
 - ha verificato che il proprio "stato di disoccupazione" (ai sensi del D.Lgs. 150/2015) alla data odierna risulta in corso di validità

Dichiara inoltre, qualora si accorga, a posteriori e spontaneamente, di avere sottoscritto, senza averne in realtà diritto, l'autocertificazione per motivi di reddito, di richiedere l'annullamento della stessa e di provvedere al pagamento delle prestazioni sanitarie fruite nel periodo considerato.

SI IMPEGNA, INOLTRE, A DARE IMMEDIATA COMUNICAZIONE DEL VENIR MENO DELLE CONDIZIONI PER BENEFICIARE DELL'ESENZIONE.

Informazioni sul trattamento dei dati personali – art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR

I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dati. In particolare, i dati inerenti le esenzioni per reddito saranno messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. In qualunque momento, inviando una richiesta al Responsabile Protezione Dati della Azienda UsI di Modena, è possibile far valere i diritti di cui agli artt. 15 ss. del GDPR. Ricorrendone i presupposti, è altresì possibile proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

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

Data _____

Firma _____

La dichiarazione ha validità ai fini dell'esenzione dalla data di presentazione fino al 31 marzo dell'anno successivo