



AUTOCERTIFICAZIONE PER RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER MOTIVI DI REDDITO

ASSISTENZA FARMACEUTICA

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009) - DGR n. 1391/2011 (B.U.R.P n. 104 del 01/07/2011)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|-----|--|--|----|--|
| Il/la sottoscritto/a | | | | | | | | | | nato/a a (*) | | | | | il | |
| residente a | | | | | | | | | | Prov. | | Via | | | | |
| C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di: diretto interessato Coniuge, figlio o altro parente fino al III grado.

ovvero di genitore esercente la potestà, tutore, amministratore di sostegno, curatore del seguente **beneficiario**:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|-----|--|--|----|--|
| Il/la sottoscritto/a | | | | | | | | | | nato/a a (*) | | | | | il | |
| residente a | | | | | | | | | | Prov. | | Via | | | | |
| C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA

1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, se diverso dal dichiarante) ad una delle seguenti categorie (**barrare una sola casella**)

| | |
|-----|---|
| E94 | Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 18.000,00 euro , incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico. |
| E95 | Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo annuo non superiore a 36.151,98 euro |
| E96 | Assistito appartenente a nuclei familiari con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 23.000,00 euro , incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico. |

2) che i seguenti familiari, per i quali si richiede altresì il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare fiscale del dichiarante (da compilarsi eventualmente solo per le condizioni **E94 e E96**):

| Nome e Cognome | Data di Nascita gg/mm/aa | Comune di Nascita | Codice Fiscale | Grado di parentela |
|----------------|-----------------------------|-------------------|----------------|--------------------|
| | | | | coniuge |
| | | | | figlio |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(*) in caso di nascita in Stato Estero indicare lo Stato ,in luogo del Comune di nascita.

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo.

Il sottoscritto è consapevole che l' ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/12/2009 art.1,comma 7, lettera c)

NOTA BENE

Allegare copia del documento e della tessera sanitaria del dichiarante e copia della tessera sanitaria del beneficiario (se diverso dal dichiarante) e di tutti i componenti del nucleo familiare per i quali si richiede l'attestato di esenzione.

Il diritto all'esenzione ticket può essere esercitato solo se in possesso dell'attestato di esenzione rilasciato dalla ASL, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (art. 1 comma 7 del D.M. 11/12/2009).

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dall'art.13 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____

FIRMA _____



NOTE PER LA COMPILAZIONE

MODULO ASSISTENZA FARMACEUTICA

1. Per "**nucleo familiare**" deve intendersi quello rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall' interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari fiscalmente a carico.
2. Per "**familiari a carico**" si intendono i familiari non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali (in quanto titolari di un reddito annuo inferiore a **2.840,51 euro**).
3. Ai fini dell'esenzione per motivi di reddito, è necessario prendere in considerazione, il reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, dato dalla somma dei redditi dei singolo membri del nucleo rilevante ai fini fiscali.
4. Il termine "**disoccupato**" è riferito esclusivamente al cittadino che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività di lavoro dipendente e sia iscritto al Centro per l'Impiego in attesa di nuova occupazione. Non può considerarsi **disoccupato** chi non ha mai svolto attività lavorativa, né chi ha cessato un'attività di lavoro autonomo. **Il diritto all'esenzione cessa con l'inizio di un'attività lavorativa**.
5. Nel caso di dubbi riguardo la propria situazione reddituale è opportuno rivolgersi alla Agenzia delle Entrate, agli sportelli fiscali dei Patronati, ai Centri di Assistenza Fiscale, al commercialista di fiducia ed agli altri soggetti che offrono assistenza fiscale.

Numero verde URP
800 014 512