**RICHIESTA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET SANITARIO**

**PER MOTIVI DI REDDITO**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dell’Atto di notorietà**

**(Artt. 46, 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

DICHIARAZIONE RESA DALL’INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

maggiorenne con capacità d’agire, consapevole che, a mente dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

|  |
| --- |
| **Da compilare in caso di dichiarazione resa per terzi** **IN QUALITA’ DI**⃞ m**arito/moglie** ⃞ **figlio/figlia** ⃞ **padre/madre** ⃞ **fratello/sorella** ⃞ **altro****DICHIARA CHE****Cognome/nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Ha diritto all’esenzione dal pagamento del ticket dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al 31/12/\_\_\_\_\_ in quanto appartenente alla categoria:

**E02-non-occupato**,(senza iscrizione al centro per l’impiego ai sensi ex art. 19, comma 7 D.lgs 150/2015) purché appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo lordo, riferito all’anno precedente, inferiore a Euro 8.263,31 per singola persona, reddito che va aumentato a Euro 11.362,05 in presenza del coniuge, e di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico. Esenzione valida anche per i **familiari a carico.**

Dichiara inoltre come da informativa consegnata:

• di essere consapevole di dover comunicare immediatamente all’ASL, in qualunque momento dell’anno **eventuali modifiche** della situazione economica e della composizione del nucleo familiare, tali da comportare un cambiamento della propria posizione rispetto al diritto dell’esenzione

• di essere consapevole della possibilità che saranno **eseguiti controlli** tesi a verifiche la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente.

INDICAZIONI CODICE PRIVACY

L’Azienda sanitaria Friuli Occidentale, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, tratterà i Suoi dati personali, anche al fine della presente richiesta, in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018). L’informativa (*Informativa per il trattamento dei dati personali tramite Dossier Sanitario Elettronico*) e il relativo modulo di consenso, valevoli per tutti i trattamenti di dati personali della S.V. effettuati presso l’ASFO, sono pubblicati nel sito web istituzionale <https://asfo.sanita.fvg.it/it/> (sezione Privacy, Espressione del consenso).

**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(per esteso e leggibile)