

 Azienda Sanitaria Locale Salerno 2	Struttura erogatrice
DISTRETTO SANITARIO / PRESIDIO OSPEDALIERO	

AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE TICKET

(art. 46 - D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 ed informato dall'operatore che i dati contenuti nella dichiarazione sono trattati e raccolti anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità del procedimento per il quale è resa la presente dichiarazione

Il sottoscritto	Cognome	Nome	
nato	a	il	
residente	in	Via	n.
Codice fiscale			
Documento di riconoscimento	Carta di identità	Patente	

Se il dichiarante è persona diversa da chi ha diritto all'esenzione occorre riportare nel prospetto seguente i dati di quest'ultimo:

specificare la relazione di parentela	Cognome	Nome	
di			
nato	a	il	
residente	in	Via	n.
Codice fiscale			

D I C H I A R A

di essere esente/che il proprio familiare è esente dal ticket perchè rientra in una delle seguenti condizioni:
(ex art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)

Condizione economica di esenzione della partecipazione alla spesa		Codifica
<input type="checkbox"/>	Soggetto con meno di 6 anni con reddito familiare inferiore a € 36.151,98	E01
<input type="checkbox"/>	Soggetto con più di 65 anni con reddito familiare inferiore a € 36.151,98	
<input type="checkbox"/>	Disoccupato con requisito reddituale* Data del licenziamento..... iscritto nelle liste di collocamento di	E02
<input type="checkbox"/>	Familiare a carico di disoccupato con requisito reddituale* Indicare i dati della persona disoccupata: Cognome..... nome	
	nato il a residente in	
	Data del licenziamento..... iscritto nelle liste di collocamento di	
<input type="checkbox"/>	Titolare di assegno (ex pensione) sociale con requisito reddituale*	E03
<input type="checkbox"/>	Familiare a carico di titolare di assegno (ex pensione) sociale con requisito reddituale* Indicare i dati del pensionato	
	Cognome..... nome	
	nato il a residente in	
<input type="checkbox"/>	Titolare di pensione al minimo con più di 60 anni con requisito reddituale*	E04
<input type="checkbox"/>	Familiare a carico di titolare di pensione al minimo con più di 60 anni con requisito reddituale* Indicare i dati del pensionato	
	Cognome..... nome	
	nato il a residente in	

* reddito familiare inferiore a 8.263,31 € incrementato a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,00 € per ogni figlio a carico.

L'interessato si impegna a comunicare tempestivamente ai competenti Uffici dell'ASL ogni variazione della propria situazione reddituale che abbia rilevanza ai fini dell'esenzione della compartecipazione della spesa sanitaria.

li,

Il Dichiarante