|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Esenzione per patologia - invalidità** |
| **Descrizione** | Richiesta di registrazione patologia e/o invalidità sul libretto sanitario |
| **Documenti necessari** | * Documentazione medica (referti medici, esiti, istologici, verbale di invalidità ecc…) oppure
* Modulo con codice di esenzione rilasciato da specialista ambulatoriale pubblico
* Documento di riconoscimento del richiedente
* Se necessaria delega, documento di riconoscimento del delegato e del delegante
* Se presente tutore/amministratore di sostegno, documento di riconoscimento del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato
* In caso di richiesta effettuata a favore di minore, allegare i documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente
* Codice fiscale/Tessera sanitaria dei soggetti interessati

**Si precisa che occorrerà la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente** |
| **Moduli da presentare compilati** | Richiesta di riconoscimento esenzione ticket per patologia cronica o invalidità |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza 🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza.  |

**MODULISTICA DA COMPILARE E PRESENTARE AL MOMENTO DELLA DOMANDA**

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESENZIONE TICKET PER PATOLOGIA CRONICA O INVALIDITÀ**

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( )

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NB: Il domicilio deve essere compilato solo se diverso dalla residenza)

* In qualità di diretto interessato
* In qualità di genitore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( )

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* In qualità di tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. ( ) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

**CHIEDE IL RICONOSCIMENTO DELL’ESENZIONE TICKET PER**

* ***patologia cronica***

Allegare copia di uno dei seguenti documenti:

 • un certificato recente con la diagnosi ed il codice della patologia cronica, rilasciato da un medico specialista di una struttura pubblica.

• cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica;

 • del verbale di invalidità;

 • della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera privata accreditata, previa valutazione del medico del Distretto sanitario della Azienda sanitaria locale di residenza;

• certificati delle Commissioni mediche degli Ospedali militari;

• certificazioni rilasciate da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea.

* ***Invalidità***

Allegare copia del verbale rilasciato dalla pertinente commissione medica.

* (solo per soggetti con domicilio sanitario presso ASL5) : Dichiaro di aver provveduto all’inserimento presso la ASL di residenza dei seguenti codici di esenzione per patologia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizzazione all’inoltro di documenti tramite posta elettronica non PEC (da compilare solo in caso di richiesta telematica)**
Dichiaro di aver letto e compreso quanto previsto dall’art. 13 del RGPD UE e di essere Consapevole dei rischi connessi all’invio di documenti tramite posta elettronica, tra cui la possibilità di una lettura da parte di soggetti non autorizzati, autorizzo pertanto esplicitamente l’invio all’indirizzo di posta elettronica non certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della documentazione richiesta.
Dichiaro di manlevare sin d’ora ASL5 ed il personale della stessa da responsabilità per disguidi/violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati nonché da eventuali danni inerenti/derivanti dalla modalità di inoltro prescelta.

Data \_\_ /\_\_ /\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali e/o sensibili forniti per le finalità legate alla presente istanza.

**DELEGO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doc identità numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla presentazione di questa domanda e della relativa documentazione.

La Spezia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGARE:

* Fotocopia del documento identificativo in corso di validità del dichiarante.
* Fotocopia del documento identificativo in corso di validità del delegato e del delegante
* In caso di richiesta effettuata a favore di minore, allegare i documenti di entrambi i genitori e delega del genitore non convivente
* In caso di richiesta effettuata a favore di soggetto beneficiario di tutela o amministrazione di sostegno, allegare documenti identificativi del tutore/amministratore di sostegno e del soggetto tutelato/amministrato

**Si precisa che occorre la delega anche per i componenti appartenenti allo stesso nucleo familiare del richiedente corredata di documento di riconoscimento.**