|  |  |
| --- | --- |
| **Prestazione** | **Esenzione per reddito** |
| **Descrizione** | Richiesta di esenzione per reddito:E01: esente per età e redditoE02: disoccupato e familiari a caricoE03: Titolare assegno (ex pensione) sociale o familiare a carico del titolare di assegno socialeE04 titolare di pensione al minimo o familiare a carico del titolare di pensione al minimoEPF: esente per patologia |
| **Documenti necessari** | * Fotocopia del 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** | Dichiarazione sostitutiva di certificazione Delega |
| **Modalità accesso** | 🡪 **da remoto** mail all’indirizzo del distretto di appartenenza 🡪 **accesso libero** nei giorni ed orari del distretto di appartenenza. 🡪 **accesso anche su appuntamento** per l’ufficio di Ceparana |

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI RELATIVE AL POSSESSO DI CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO**

(ART. 46 DPR 445/2000 E DM 11 Dicembre 2009)

**Al presente modulo vanno allegate la fotocopia del documento di identità in corso di validità e la copia del codice fiscale**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  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 DPR 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E’ PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA DICHIARA PER SE STESSO / PER IL MINORE / PER LA PERSONA SOGGETTA A TUTELA

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

Di appartenere / Che il minore appartiene / Che la persona soggetta a tutela appartiene ad una o più delle seguenti categorie (barrare caselle):

**1. AI FINI DELL’ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E FARMACEUTICHE**

[ ]  **E01 ESENTE PER ETA’ E REDDITO** di età superiore a **65 anni** appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98 euro**

[ ]  **E01 ESENTE PER ETA’ E REDDITO** di età inferiore ai **6 anni** appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98 euro**

[ ]  **E02 DISOCCUPATO** 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. La condizione di disoccupato deve risultare al momento dell’autocertificazione e della fruizione della prestazione.

**Nome, Cognome e Codice Fiscale** del disoccupato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ho perso un lavoro alle dipendenze presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E non svolgo attualmente alcuna attività lavorativa.

[ ]  **E03 TITOLARE ASSEGNO (EX PENSIONE) SOCIALE o familiare a carico del titolare di assegno sociale** *Nome, Cognome e Codice Fiscale* del titolare di assegno sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **E04 TITOLARE DI PENSIONE AL MINIMO** **o familiare a carico del titolare di pensione al minimo**

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, Cognome e Codice Fiscale* del titolare di pensione al minimo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. AI FINI DELL’ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO DELLE PRESTAZIONI FARMACEUTICHE CORRELATE ALLA PATOLOGIA**

[ ]  **EPF ESENTE PER PATOLOGIA** di età tra i 6 e i 65 anni affetto da patologia cronica appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a 36.151,98 euro

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A COMUNICARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA ASL COMPETENTE L’EVENTUALE PERDITA DEI REQUISITI DEL DIRITTO ALL’ESENZIONE ANCHE A SCADENZA/RINNOVO AVVENUTO. LA REVOCA DEL DIRITTO ALL’ESENZIONE HA VALIDITÀ SOLO DAL MOMENTO DI CONSEGNA DEL MODULO APPOSITO (NON È RETROATTIVA)** **(Fermo restando l’obbligo delle Asl di effettuare verifiche sui requisiti che danno diritto all’esenzione e se necessario procedere con sanzioni amministrative)**

**Consenso al trattamento dati** (Ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003) 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 di legge. 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. All’utente competono i diritti previsti da art.13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l’integrazione, e ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

 Data Firma

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

**Consegna dichiarazione sostitutiva di certificazioni relativa al possesso di condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito**

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.

**DELEGA**

Il/La Signor/a .........................................................................................................................................

nato/a a ........................................................................................ il ......................................................

c.f ................................................................residente a .........................................................................

via ..........................................................................

documento di riconoscimento ........................................................... n° ...............................................

rilasciato da ................................................................................... in data ............................................

**A PRESENTARE , PER SUO CONTO, LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DI CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO**.

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

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

ALLEGARE:

Fotocopia del documento identificativo in corso di validità del delegato e del delegante