



**SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE**



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995/1996 e successive modificazioni e integrazioni D.M. 11.12.2009 DGR n. 5875 del 21.11.2007)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a prov. (.....) il / /

residente in prov. (.....) cap.

via n°

in qualità di diretto interessato

in qualità di tutore/amministratore di sostegno di

nato/a a prov. (.....) il / /

DICHIARA

- A.** che l'interessato è disoccupato e appartiene ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.
- B.** che i propri familiari a carico, alla data di presentazione della presente dichiarazione, sono i seguenti:

Cognome	Nome	Comune di nascita	Provincia di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale

La/il sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000.

....., li

IL DICHIARANTE

.....

Allegare fotocopia di un documento d'identità del dichiarante ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445