

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

DISTRETTO SANITARIO UNICO

AVVISO

ESENZIONE TICKET PER REDDITO ED ETA'

COD. E01 – E02

Presso il Distretto Sanitario Unico di Vibo Valentia - loc.tà Moderata Durant - è attivo il Servizio per il rilascio dell'esenzione ticket per reddito e per età – Cod. E01 e E02 -.

Tale Servizio verrà reso presso l'Ambulatorio della Guardia Medica, osservando i seguenti orari:

LUNEDI' - MERCOLEDI' - VENERDI' DALLE ORE 8,30 ALLE ORE 12,30

Per l'acquisizione dell'istanza da parte del personale ivi adibito.

MARTEDI' – GIOVEDI' DALLE ORE 15,00 ALLE ORE 17,00

Per il rilascio del certificato di esenzione

N.B.: L'istanza deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di identità dell'istante
- Fotocopia della tessera sanitaria dell'istante

N.B.: Se l'istanza è presentata da un delegato è necessario allegare all'istanza anche fotocopia del documento d'identità del delegato e delega scritta se il grado di parentela è oltre il secondo grado.

Il Dirigente Amministrativo
Dott.ssa Antonietta Ciano Albanese

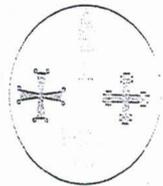
Il Direttore DSU
Dott. Raffaele Bava



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Modello B

**MODELLO DI DICHIARAZIONE PER L'ESENZIONE DALLA COMPARTECIPAZIONE
ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO
VALIDO PER IL SINGOLO ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

Il sottoscritto

Codice fiscale del soggetto dichiarante:	
Titolo del dichiarante:	

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale, per le false dichiarazioni, le falsità negli atti o l'uso di falsi

DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Codice fiscale dell'assistito:	
Nominativo dell'assistito:	

Per l'accesso del _____ appartiene alla seguente categoria (barrare la casella):

E01 <input type="checkbox"/>	Soggetto con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.165,98 euro (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni)
E02 <input type="checkbox"/>	Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) della condizione di Disoccupazione con reddito familiare 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 (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni) Codice Fiscale del soggetto disoccupato: _____
E03 <input type="checkbox"/>	Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) di Assegno (ex pensione) sociale (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni) Codice Fiscale del titolare di assegno sociale: _____
E04 <input type="checkbox"/>	Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) di Pensione al Minimo con più di 60 anni e reddito familiare 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 (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni) Codice Fiscale del titolare di pensione al minimo: _____

Ha ricevuto, all'atto della sottoscrizione della presente dichiarazione, la nota informativa e quindi ha diritto all'esenzione per motivi di reddito (legge n. 537/1993 e successive modificazioni e integrazioni)

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 192/03): i dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta legge. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 13 della L. 675/96, 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.

Luogo _____

Data _____

Firma leggibile _____

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 sottoscritta/o 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