

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**

<b>Codice fiscale del soggetto dichiarante:</b>	
<b>Titolo del dichiarante:</b>	

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**

<b>Codice fiscale dell'assistito:</b>	
<b>Nominativo dell'assistito:</b>	

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

<b>E01</b> <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)
-------------------------------------	--

<b>E02</b> <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)
	<b>Codice fiscale del soggetto disoccupato:</b> _____

<b>E03</b> <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)
	<b>Codice fiscale del Titolare di assegno sociale:</b> _____

<b>E04</b> <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)
	<b>Codice fiscale del Titolare di pensione al minimo:</b> _____

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 tracciati 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 legge 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.

....., il .....

IL DICHIARANTE

Allegata: fotocopia di un documento d'identità del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

# AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA



REGIONE CALABRIA

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DI LEGGE PER ESENZIONE DI CUI AL COD. E.02

IL SOTTOSCRITTO .....  
NATO A ..... IL .....  
RESIDENTE A .....  
VIA .....

### DICHIARA

DI AVER LAVORATO DAL ..... AL .....  
IN QUALITÀ DI .....  
C/O LA DITTA .....  
ATTUALMENTE DISOCCUPATA IN CERCA DI NUOVA OCCUPAZIONE.

IN FEDE

.....