

**CODICE ESENZIONE
E12**

Codice Fiscale Assistito



Regione Lombardia

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E FARMACEUTICA
ESENZIONE CON VALIDITA' SUL TERRITORIO REGIONALE**

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e successive modifiche e integrazioni, D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 5875 del 21.11.2007)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 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/...../.....

residente in prov. (.....) cap via n°

DICHIARA

A. Che l'interessato è disoccupato ed appartiene ad un nucleo familiare fiscale con un reddito complessivo superiore 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) ed inferiore o pari a 20.000,00 euro.

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.

IL DICHIARANTE

(luogo e data)

.....

Allegato: copia fotostatica di un documento d'identità del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445

Informativa relativa al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n.196)

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, i dati personali da Lei forniti saranno trattati da questo Ente nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge.

In particolare La informiamo che:

- i dati forniti con la presente modulistica sono necessari all'evasione della pratica afferente l'istanza di esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito e il trattamento degli stessi è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza per l'ottenimento del beneficio;
- 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 e saranno messi a disposizione degli operatori di questo Ente per effettuare le opportune verifiche con l'Agenzia delle Entrate;
- i trattamenti effettuati sui dati forniti riguardano la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, l'utilizzo e la comunicazione verso l'Agenzia delle Entrate per le opportune verifiche rispetto alle dichiarazioni fiscali fornite;
- il trattamento dei dati può essere effettuato sia in forma cartacea che informatica;
- in qualità di Interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.196/2003 e in particolare ha il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, qualora ricorrano i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi;
- il Titolare del trattamento dei dati è il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Lombardia;
- il Responsabile del trattamento, designato dal Titolare, è Lombardia Informatica S.p.A.

La dichiarazione è resa dall'interessato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e può essere resa dai seguenti soggetti ai sensi degli artt. 4 e 5 dello stesso D.P.R.:

- tutore se l'interessato è soggetto a tutela;
- amministratore di sostegno se l'interessato ne è soggetto;

Soggetti beneficiari

Possono beneficiare dell'esenzione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica i cittadini disoccupati ed i loro familiari a carico che appartengono ad un nucleo familiare fiscale con un reddito complessivo superiore 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) ed inferiore o pari a 20.000,00 euro

Definizione di familiare a carico

Familiari a carico sono quelli non fiscalmente indipendenti, per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali, perché il loro reddito è inferiore a € 2.840,51, ovvero:

- coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- figli anche naturali e/o adottati, affidati o affiliati senza limiti di età, anche se non conviventi o residenti all'estero;
- se conviventi con il contribuente oppure nel caso in cui lo stesso corrisponda loro assegni alimentari non risultanti da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, i seguenti altri familiari (cosiddetti "altri familiari a carico"):
 - a) il coniuge legalmente ed effettivamente separato
 - b) i discendenti dei figli
 - c) i genitori e gli ascendenti prossimi, anche naturali
 - d) i genitori adottivi
 - e) i generi e le nuore;
 - f) il suocero e la suocera;
 - g) i fratelli e le sorelle, anche unilaterali.

N.B.: I soggetti, pur conviventi, che dispongono di redditi propri, costituiscono, con l'eccezione del coniuge, nuclei familiari autonomi.

Istruzioni per la compilazione

1. Ai fini dell'individuazione del soggetto dichiarante dovrà essere compilato, in ogni sua parte, il riquadro relativo ai dati anagrafici e di residenza del dichiarante medesimo.
2. Al fine di individuazione la categoria di appartenenza del soggetto interessato alla agevolazione, il dichiarante dovrà barrare la lettera **A**, relativa alla propria condizione.
3. Relativamente alle indicazioni della lettera **B** il riquadro sottostante, inerente i familiari a carico, dovrà essere compilato riportando, nelle caselle dedicate:

- Il cognome e nome del familiare
 - Il luogo e la data di nascita del familiare
 - Il codice fiscale del familiare
4. Compilare i campi relativi alla data e luogo nonché provvedere alla sottoscrizione della dichiarazione. Ai fini della autentica della sottoscrizione il dichiarante dovrà allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità. **Si evidenzia che le dichiarazioni prive di sottoscrizione o della copia del documento di identità del dichiarante non potranno essere accettate dai competenti uffici.**

ATTENZIONE: CONTROLLI SULLA VERIDICITÀ DELLE DICHIARAZIONI

L'ASL, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 e del DM 11 Dicembre 2009, è tenuta a controllare il contenuto di tutte le dichiarazioni sostitutive di certificazioni e degli atti di notorietà (pertanto anche le dichiarazioni in merito alle condizioni reddituali), verificando la veridicità dei dati e delle situazioni dichiarate dagli interessati. Si ricorda che nel sottoscrivere l'autocertificazione il cittadino 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.

VALIDITÀ: il certificato ha validità fino all'eventuale variazione dello stato di diritto. che il cittadino è tenuto ugualmente ad autocertificare.

IL DICHIARANTE È TENUTO A DARE IMMEDIATA COMUNICAZIONE DEL VENIR MENO DELLE CONDIZIONI PER BENEFICIARE DELL'ESENZIONE.

Annullamento del certificato:

Qualora, nei primi mesi dell'anno, il dichiarante non sia in possesso delle informazioni inerenti i suoi redditi, utili ai fini della compilazione dell'autocertificazione, potrà compilare l'autocertificazione sulla base di un reddito presunto, e nel momento in cui è in possesso di dati certi (CUD, modello 730, modello UNICO) deve comunicare l'eventuale rettifica se il reddito risulta superiore alla soglia prevista, richiedendo l'annullamento dell'autocertificazione rilasciata e pagando il ticket dovuto per le prestazioni fruitive in regime di esenzione da inizio anno. L'azienda provvederà al ritiro del certificato di esenzione.

Revoca del certificato:

Il dichiarante è tenuto a dare immediata comunicazione del venir meno, nel corso della validità del certificato, delle condizioni per beneficiare dell'esenzione (cessato godimento della pensione sociale o minima, venir meno dello stato di disoccupazione ecc). L'azienda anche in questo caso provvederà al ritiro del certificato di esenzione.

CODICE ESENZIONE
E12



Regione Lombardia

**CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E FARMACEUTICA
ESENZIONE CON VALIDITA' SUL TERRITORIO REGIONALE**

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e successive modifiche e integrazioni, D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 5875 del 21.11.2007)

La presente certificazione esenta dalla compartecipazione di cui sopra i seguenti cittadini:

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La presente certificazione ha validità fino ad eventuale variazione dello stato di diritto.

_____ luogo e data

_____ timbro e firma del Responsabile ASL

**CODICE ESENZIONE
E13**



Codice Fiscale Assistito

Regione Lombardia

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E FARMACEUTICA ESENZIONE CON VALIDITA' SUL TERRITORIO REGIONALE

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e successive modifiche e integrazioni, D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 5875 del 21.11.2007)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 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/...../.....

residente in prov. (.....) cap via n°

DICHIARA

A. Che l'interessato appartiene ad un nucleo familiare fiscale con un reddito complessivo inferiore o pari a 20.000,00 euro ed è in una delle seguenti condizioni:

1. lavoratore/ricce in mobilità
2. lavoratore/ricce in cassa integrazione straordinaria dall'Azienda comune di, prov.....
3. lavoratore/ricce in cassa integrazione in deroga dall'Azienda comune di, prov.....
4. lavoratore/ricce in contratto di solidarietà difensivo dall'Azienda comune di, prov.....

B. Che i suoi 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.

IL DICHIARANTE

(luogo e data)