



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1  
Distretto Sanitario di Ortona

**Punto Unico di Accesso (PUA)**

Piazza San Francesco n. 4 - Ortona (CH)  
Telefono 085 9173307 - Fax 085 9173301 e-mail PUA.ortona@asl2abruzzo.it

Prot. n° \_\_\_\_\_

### RICHIESTA DI ESENZIONE TICKET

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per se medesimo

in favore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

il rilascio del tesserino di esenzione

il duplicato del tesserino di esenzione

A tal fine allega la seguente documentazione:

Certificazione specialistica  Verbale di invalidità  Cartella Clinica  SDO - Lettera dimissioni  
reparto ospedaliero.

### DICHIARA

- che non esistono **revisioni alla percentuale di invalidità acquisita**.
- che, qualora dovessero venire meno le condizioni per le quali è stato rilasciato, il tesserino di esenzione verrà **immediatamente restituito** a questa A.S.L.
- che, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.l. e consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma1, della suddetta normativa, **la residenza è quella sopra indicata**.

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, **acconsente**, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, **al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali** ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

---

### PARERE DEL MEDICO DEL SERVIZIO

CODICE ESENZIONE \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

CODICE ESENZIONE \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

CODICE ESENZIONE \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

CODICE ESENZIONE \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_