



ASL 02 LANCIANO - VASTO - CHIETI
AREA DISTRATTUALE 1 - DISTRETTO SANITARIO DI CHIETI

AUTOCERTIFICAZIONE DIRITTO ESENZIONE PAGAMENTO TICKET PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER MOTIVI DI REDDITO

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e s.m.i., D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 5875 del 21.11.2007) - (Cod. E01)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a nato/a

prov. (.....) il/...../..... residente in prov. (.....) cap

..... n° cod. fiscale:

in qualità

di diretto interessato/ genitore/tutore/ di

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

prov. (.....) cap via n° cod. fiscale:

DICHIARA

Che il minore ha un'età inferiore a **6 anni** e appartiene ad un nucleo familiare fiscale con reddito lordo complessivo,
riferito all'anno precedente, non superiore a **36.151,98 euro**

Che l'interessato ha un'età superiore a **65 anni** e appartiene ad un nucleo familiare fiscale con reddito lordo complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a **36.151,98 euro**

*La/Il sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la presente dichiarazione **ha validità fino al 31 dicembre dell'anno in corso** e 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. 28.12.2000, 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)

Allegati: fotocopia di un documento d'identità del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445 e tessere sanitarie del dichiarante e degli interessati