



**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. E03)

**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 ..... via ..... n°  
..... cod. fiscale: .....

in qualità

di diretto interessato/tutore/ ..... di ..... nato/a a ..... prov. (.....)  
il ...../...../..... residente in ..... prov. (.....) cap ..... via .....  
n° ..... cod. fiscale: .....

**DICHIARA**

- Che l'interessato è soggetto titolare di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico (ex art. 8 comma 16 della L537/1993 e sue modificazioni ed integrazioni).

- che i familiari a carico dell'interessato, alla data di presentazione della presente dichiarazione, sono i seguenti:

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Comune e Provincia di nascita</b>	<b>Data nascita</b>	<b>Rapporto di parentela</b>

- 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