



**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA  
PER MOTIVI DI REDDITO (E01-E02-E03-E04)**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. ( ) in  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Doc. Identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di (barrare la casella):  diretto interessato;  
 di genitore del minore (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
 di tutore/amm.re di sostegno/curatore

CONSAPEVOLE CHE, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNTO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA,

**DICHIARA**

- CHE IL NUCLEO FISCALE DI APPARTENENZA E' IL SEGUENTE:

GRADO DI PARENTELA	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

- DI APPARTENERE AD UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE:

**E01:** esente per età e reddito, di età superiore a 65 anni appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a € 36.151,98;

**E01:** con figlio minore esente per età e reddito di età inferiore a 6 anni appartenente ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a € 36.151,98;

Nome e cognome del figlio minore: \_\_\_\_\_;

**E02:** disoccupato già precedentemente occupato (o familiare a carico), appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a € 8.263,31, incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di altri € 516,46 per ogni figlio a carico;

Cognome e nome del disoccupato (se diverso dal dichiarante) \_\_\_\_\_ Iscritto nell'elenco anagrafico del Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_;

**E03:** titolare di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico;

Cognome e nome del titolare di assegno sociale (se diverso dal dichiarante) \_\_\_\_\_;

**E04:** titolare di pensione al minimo di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a € 8.263,31, incrementato a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di altri € 516,46 per ogni figlio a carico;

Cognome e nome del titolare di pensione al minimo (se diverso dal dichiarante) \_\_\_\_\_.

**Dichiara, altresì, che, qualora verranno meno i requisiti su indicati, procederà alla richiesta di chiusura dell'autocertificazione sottoscritta in data odierna.**

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 \_\_\_\_\_

> Si evidenzia che è obbligatorio comunicare tempestivamente alla ASL l'eventuale perdita dei requisiti del diritto all'esenzione autocertificata.  
> Il dichiarante è tenuto ad esibire un documento di identità in corso di validità.



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1

Direttore Dott. Renato Lisio

Tel. 085/9174201 E-mail [areadistrettuale1@asl2abruzzo.it](mailto:areadistrettuale1@asl2abruzzo.it)

Uffici Scelta e Revoca

[assistenza primaria.area1@asl2abruzzo.it](mailto:assistenza primaria.area1@asl2abruzzo.it)

**DELEGA ALLA CONSEGNA DELL'AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE TICKET PER REDDITO (E01 -E02-E03-E04) E RITIRO ATTESTATO DI ESENZIONE**

\_\_\_\_\_, sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_)  
in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
documento riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato dal \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

\_\_\_\_\_, Sig. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_\_)  
in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
documento riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato dal \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Alla consegna del proprio modulo di autocertificazione per esenzione reddito (E01-E02-E03-E04) ed al ritiro del relativo certificato di esenzione ed espressamente esonera fin d'ora la ASL n° 02 Lanciano-Vasto-Chieti da ogni responsabilità conseguente alla presente delega.

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 del delegante

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IN ALLEGATO:**

- > fotocopia fronte-retro del documento di identità del delegante
- > fotocopia fronte-retro del documento di identità del delegato