



**ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI**

**U.O.C. AREA DISTRETTUALE 1**

**Direttore Dott. Renato Lisio**

**DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE**

**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE – VAL DI FORO**

**C.da Alento snc – FRANCAVILLA AL MARE 66023**

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

[assistenzaprimaria.area1@asl2abruzzo.it](mailto:assistenzaprimaria.area1@asl2abruzzo.it)

[pua.chieti@asl2abruzzo.it](mailto:pua.chieti@asl2abruzzo.it)

[pua.ortona@asl2abruzzo.it](mailto:pua.ortona@asl2abruzzo.it)

**Prot. n°** \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI ESENZIONE TICKET PER MALATTIA RARA**

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

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

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

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

Doc. di riconoscimento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se medesimo

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

nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

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

il rilascio della tessera di esenzione ticket

il duplicato della tessera di esenzione ticket

A tal fine allega la seguente documentazione:

Certificazione specialistica Centro Regionale Malattia Rara \_\_\_\_\_

**DICHIARA.**

- 1) 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.
- 2) 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_