

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

**RICHIESTA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET SANITARIO
PER MOTIVI DI REDDITO****Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o dell'Atto di notorietà
(Artt. 46, 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

DICHIARAZIONE RESA DALL'INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____ nato/a _____

il _____ residente _____

Via _____ Tel. _____

maggiorenne con capacità d'agire, consapevole che, a mente dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

**Da compilare in caso di dichiarazione resa per terzi
IN QUALITA' DI** **Marito/moglie** **figlio/figlia** **padre/madre** **fratello/sorella** **altro****DICHIARA CHE****Cognome/nome** _____ **CF** _____ **Nato/a** _____ **il** _____**Residente a** _____ **in via** _____

Ha diritto all'esenzione dal pagamento del ticket dal _____ al 31/12/____ in quanto appartenente alla categoria: **E02-non-occupato**, (senza iscrizione al centro per l'impiego ai sensi ex art. 19, comma 7 D.lgs 150/2015) purché appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente, inferiore a Euro 8.263,31 per singola persona, reddito che va aumentato a Euro 11.362,05 in presenza del coniuge, e di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico. Esenzione valida anche per i **familiari a carico**.

Dichiara inoltre come da informativa consegnata:

- di essere consapevole di dover comunicare immediatamente all'ASL, in qualunque momento dell'anno **eventuali modifiche** della situazione economica e della composizione del nucleo familiare, tali da comportare un cambiamento della propria posizione rispetto al diritto dell'esenzione
- di essere consapevole della possibilità che saranno **eseguiti controlli** tesi a verificare la veridicità di quanto dichiarato così come previsto dalla normativa vigente.

INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003 "CODICE DELLA PRIVACY"

- I trattamenti dei dati personali sono effettuati dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" (AAS 5) ai fini dell'esenzione dal pagamento del ticket sanitario per motivi di reddito. Il trattamento è effettuato con e/o senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprende, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) D.Lgs. 196/03 e necessarie al trattamento in questione, ivi inclusa la comunicazione ai soggetti di cui alla successiva lettera d e comunque con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente.
- Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria.
- Il difetto, totale o parziale, del conferimento dei dati personali comporta, pertanto, l'impossibilità di perseguire le finalità indicate alla lettera a.
- I dati personali oggetto dei trattamenti in questione possono essere comunicati a soggetti diversi dall'AAS 5 per le finalità indicate nella lettera a.
- Nei casi previsti dalla normativa vigente (ad es., legge n. 241 del 1990), ai documenti detenuti dall'AAS 5 contenenti i suoi dati personali possono avere accesso soggetti pubblici o privati.
- Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, l'interessato/a ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati trattati e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento facendone esplicita richiesta al Responsabile del trattamento.
- Titolare del trattamento è l'AAS 5. Responsabile del trattamento è il Responsabile del Distretto a cui è presentata l'istanza.

Luogo e data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)