

REGIONE CAMPANIA – AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA

DISTRETTO SANITARIO N° DI – U.O. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ prov. _____

il _____ e residente a _____ in via _____ n° _____

Documento di riconoscimento _____ n° _____ rilasciato

In data _____ da _____, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole che la ASL Caserta utilizzerà i dati contenuti nella presente dichiarazione (anche con strumenti informatici) nell'ambito esclusivo del procedimento per il quale viene resa (art. 10 Legge n° 675/96) ed in particolare per i relativi controlli presso le competenti Autorità.

DICHIARA

Ai fini dell'esenzione ticket per reddito di trovarsi nella seguente condizione:

(barrare con una X la casella che interessa)

Codice E01 genitore di minore con età inferiore a 6 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro, esclusivamente per il minore.

Codice E01 soggetto di età superiore a 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro.

Codice E02 disoccupato (*) con o senza familiari a carico, con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro, incrementato a 11.362,05 in presenza del coniuge e di euro 516,46 per ogni figlio a carico.

Iscritto all'agenzia dell'impiego di _____ _____

(*) disoccupato è colui che ha perso una precedente occupazione alle dipendenze per licenziamento, dimissioni o scadenza del contratto a tempo determinato o per mobilità e che è immediatamente disponibile ad assumere una nuova occupazione. Non rientra nella categoria "disoccupato" chi non ha mai svolto un'attività lavorativa, è inoccupato o in cerca di prima occupazione.

Codice E03 titolare di assegno sociale (ex pensione) con o senza familiari a carico.

Codice E04 titolare di pensione al minimo, con età superiore a 60 anni con o senza familiari a carico, e con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di altri 516,46 per ogni figlio a carico.

Generalità dei familiari a carico:

COGNOME E NOME	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

La presente dichiarazione, ai fini dell'esenzione, ha validità annuale. Il sottoscritto si impegna, qualora dovessero cambiare, nel frattempo, le condizioni di cui sopra, **a darne immediata comunicazione all'U.O. Assistenza Sanitaria di Base del Distretto di appartenenza e a non avvalersi più dell'attestato temporaneo di esenzione.**

Data _____ Firma leggibile del dichiarante _____

N.B. – Allegare copia del documento di riconoscimento.