



ALL'AZIENDA USL DI.....

Annullamento/Revoca del certificato di esenzione ticket/riduzione quota fissa per reddito

Il/la titolare del diritto _____

Codice Fiscale _____ nato a _____

il _____ Assistito presso l'Azienda Ulss di _____

e residente/domiciliato nel Comune di _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere:

CHIEDE di

ANNULLARE il certificato di esenzione rilasciato a seguito dell'autocertificazione sottoscritta in data _____ con riferimento all'esenzione _____ (indicare il codice esenzione) per se e per gli eventuali familiari a carico di seguito elencati, e di effettuare il pagamento della somma non versata (ticket) per prestazioni sanitarie usufruite in esenzione da se e dai familiari a carico utilizzando il certificato di esenzione. Consapevole di avere reso una dichiarazione non veritiera per erronea valutazione della situazione reddituale del proprio nucleo familiare per l'anno _____

REVOCare la validità dell'esenzione per reddito certificata dal Ministero dell'Economia e Finanze e il relativo certificato con riferimento all'esenzione _____ (indicare il codice esenzione) per se e i familiari a carico/per i familiari a carico di seguito elencati a partire dalla data _____ in quanto sono modificate le condizioni per beneficiare

di tale esenzione per: **reddito fuori limite** **non più a carico** **età non compatibile**

(barrare la casella F= FIGLIO - A=ALTRO - se il numero del nucleo familiare supera i 10 componenti utilizzare un nuovo modulo. Data nascita nel formato GGMMAA)

CONIUGE		CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	DATA NASCITA
F	A				
F	A				
F	A				
F	A				
F	A				
F	A				
F	A				

Informativa ai sensi dell'art 13 del DLgs n 196/2003.

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e, comunque, nel rispetto della suddetta legge. In particolare i suddetti dati sono necessari per la definizione della misura di compartecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini.. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 13 del DLGS 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati, chiedendo la correzione, l'integrazione e, ricorrendone i presupposti, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

L' autocertificazione è resa da: **titolare del diritto** **genitore esercente la potestà**

Oppure da:

tutore **curatore/amministratore** (acquisire fotocopia del documento di identità valido del dichiarante)

Se il titolare del diritto si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute (art. 4 comma 2, D.P.R 445/2000 "Disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa") da:

coniuge **figlio** **altro parente entro il 3° grado** (acquisire fotocopia del documento di identità valido del dichiarante)

Allego fotocopia di un documento di identità valido.

luogo e data

firma del dichiarante

ISTRUZIONI PER L'ANNULLAMENTO/REVOCA.

1. La dichiarazione è resa dall'interessato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e può essere resa dai seguenti soggetti ai sensi degli artt. 4 e 5 dello stesso D.P.R.:
 - a) genitore esercente la potestà, se l'interessato è soggetto alla potestà dei genitori.
 - b) tutore se l'interessato è interdetto;
 - c) interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno se l'interessato è soggetto a curatela o amministrazione di sostegno;
 - d) coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza, da altro parente in linea retta o collaterale fino al 3° grado, per impedimento temporaneo per motivi di salute.
2. L'interessato e i certificatori devono munirsi di fotocopia del documento di identità valido.