

RICHIESTA DI ATTESTATO DI ESENZIONE**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 2, L. 04/01/1968 n.15; Art. 1 D.P.R. 20/10/1998 n. 403; Artt. 46-47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ cittadinanza _____

E-mail _____ Tel./Cell. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o comunque non corrispondente al vero,
 così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

CHIEDE**(barrare l'attestato richiesto)** **ATTESTATO DI ESENZIONE PER PATOLOGIA**

Esenzione dalla partecipazione alla spesa per malattie croniche e invalidanti (DPCM 12.1.2017)
 di cui all'allegato 8 bis (da allegare: certificato medico specialistico, documento d'identità);

*Da compilare solo in caso di richiesta a favore del figlio minore per il quale si DICHIARA di esercitare la
 responsabilità genitoriale:*

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale	N. Tessera Sanitaria Regionale

 ATTESTATO DI ESENZIONE PER GLI INVALIDI DI GUERRA

(da allegare: verbale invalidità rilasciato dalla Commissione Ministeriale, documento d'identità);

 ATTESTATO DI ESENZIONE PER INVALIDI PER SERVIZIO (PUBBLICI DIPENDENTI)

(da allegare: verbale della competente Commissione Ministeriale, documento d'identità);

 ATTESTATO DI ESENZIONE PER GLI INVALIDI DEL LAVORO

(da allegare: verbale di invalidità della Commissione INAIL, documento d'identità);

 ATTESTATO DI ESENZIONE PER VITTIME DEL TERRORISMO E DELLE STRAGI

(da allegare: certificazione rilasciata dal competente Ministero, documento d'identità).

Data _____

Firma del richiedente _____

In caso di figlio minore, il genitore richiedente dichiara che l'altro genitore condivide le finalità della presente richiesta