



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/a seguito dell'autocertificazione sottoscritta in data _____ 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 [] iniziato rapporto di lavoro dipendente (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)

Table with columns: CODICE FISCALE, COGNOME, NOME, DATA NASCITA. Includes a section for CONIUGE with rows for F and 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.