

REGIONE PUGLIA
Assessorato alle Politiche della Salute
ASL DELLA PROVINCIA DI BARI



RICHIESTA CERTIFICATO ESEZIONE PARTECIPAZIONE SPESA SANITARIA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
(Art.8 L.R. n.1/2008)

Il/La sottoscritto/anato/a a (prov.....) il
.....residente a (prov.) Via..... n.

OPPURE

in qualità di esercente la potestà, tutore, ovvero del/la sig/ra nato/a a
..... (prov.....) il residente a (prov.) Via..... n.

CHIEDE

il rilascio del **certificato di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni specialistiche ambulatoriali** previsto dall'art.8 della legge regionale 19 febbraio 2008, n.1.

A tal proposito dichiara:

E01 a) di avere **età superiore a 65 anni** (dal primo giorno successivo al compimento del 65°anno) con reddito familiare inferiore a Euro **36.151,98**
b) che il minore _____, nato il _____ a _____, di **età inferiore a 6 anni** (5 anni + 364 giorni), appartiene ad un nucleo familiare con un reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a Euro **36.151,98**

E02 di essere **disoccupato (ovvero aver perso la precedente occupazione)**, iscritto negli elenchi anagrafici del Centro per l'Impiego territoriale di..... appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo per l'anno precedente inferiore a Euro **8.263,31** incrementato fino a Euro **11.362,05** in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori Euro **516,46** per ogni figlio a carico e di avere a carico i seguenti familiari per i quali si richiede, unitamente al dichiarante, il certificato di esenzione:

cognome	Nome	Codice fiscale	Grado parentela

E03 di essere **titolare di pensione sociale/assegno sociale** e di avere a carico i seguenti familiari per i quali si richiede, unitamente al dichiarante, il certificato di esenzione:

cognome	Nome	Codice fiscale	Grado parentela

E04 di essere **titolare di pensione al minimo** di età superiore a 60 anni ed appartenere ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a Euro **8.263,31** incrementato fino a Euro **11.362,05** in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori Euro **516,46** per ogni figlio a carico e di avere a carico i seguenti familiari per i quali si richiede, unitamente al dichiarante, il certificato di esenzione:

cognome	Nome	Codice fiscale	Grado parentela

NB. Il sottoscritto si impegna a segnalare ogni variazione di quanto dichiarato entro 30 gg ai competenti uffici ASL
si allega copia del documento d'identità e della seguente documentazione che attesta quanto dichiarato:

- Modello unico in n° ... esemplari Modello CUD in n° ... esemplari Modello 730 in n° ... esemplari
 Certificato disoccupazione in n° ... esemplari Altro (specificare)
 Dichiaro che nell'anno precedente non sono stati prodotti redditi certificabili fiscalmente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
(a norma degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000, n.445)

In attesa del rilascio della certificazione di esenzione ticket, il sottoscritto dichiara di trovarsi nelle condizioni previste dalle norme vigenti per usufruire del beneficio dell'esenzione, unitamente ai familiari a carico innanzi dichiarati.

Ai fini del rilascio della certificazione provvisoria il sottoscritto dichiara che quanto riportato nella presente domanda corrisponde al vero.

Il sottoscritto, preso atto di quanto sopra, sottoscrive le dichiarazioni rese e contemporaneamente concede il consenso al trattamento dei dati.

Data _____

Firma _____

LA DICHIARAZIONE NON VERITIERA COMPORTA LA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI E L'INOLTRO DELLA PRATICA ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA (ART.75 DEL D.P.R. 445/2000)

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

Si attesta che è stata consegnata, agli uffici della ASL, l'autocertificazione sopra descritta, con gli allegati indicati, che rispetta i previsti requisiti.

Il presente attestato provvisorio ha **validità sino a tutto il** e consente la prescrizione, in esenzione ticket, a favore del dichiarante e/o dei familiari a carico, come riportati nei relativi riquadri.

Timbro datario ASL

Numero pratica

Firma operatore che ha valutato la pratica

.....

Firma operatore ASL

.....

.....

(data).....