

l _ sottoscritt _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nat _ il _____ a _____ Prov. _____ tel/cell. _____

residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

MEDICO CURANTE:

(Con il seguente nucleo familiare fiscale (indicare F per figlio, C per coniuge, A per altro nella prima colonna):

n°	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Medico curante

DICHIARA

- di aver diritto all'esenzione per motivi di reddito, ai sensi della L. N° 537/1993 e s.m.i., sulla base dei redditi dell'anno d'imposta precedente. L'ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/12/2009 art. 1 c. 7 lett.c)

- di appartenere ad una delle seguenti categorie (barrare la casella):

E 00	Soggetto con più di 6 anni o meno di 65 anni con reddito fiscale familiare lordo inferiore a 36.151,98 euro (D.C.A. 141 del 31/10/2014 punto 2h. Riduzione a 5 euro della quota regionale).
E 01	Soggetto con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito fiscale lordo familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art.8 comma 16 della Legge 537/1993 e succ. modifiche ed integrazioni)
E 02	Disoccupati, (per chi ha perso il lavoro ed è regolarmente iscritto all'Ufficio di Collocamento in attesa di nuova occupazione), (non ha diritto a tale esenzione chi non ha mai lavorato o ha svolto attività di lavoro autonomo) e loro familiari a carico- con reddito fiscale lordo familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro, in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della Legge 537/1993 e succ. modifiche ed integrazioni)
E 03	Titolari (ultrasessantacinquenni) di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico (ex art. 8 comma 16 della Legge 537/1993 e succ. modifiche ed integrazioni)
E 04	Titolari di pensione al minimo (attestata dal mod. INPS O Bis M con dicitura“ integrata al trattamento minimo“) con più di 60 anni e loro familiari a carico – con reddito fiscale lordo familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della Legge 537/1993 e succ. Modifiche ed integrazioni.
E 10	Cittadini appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con reddito complessivo lordo non superiore a 15.000,00 euro (D.C.A. 141/2014 punto 2a)

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/2003)

I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta legge. All'utente competono i diritti previsti dall' art. 13 del D.lgs 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Timbro e firma per ricevuta

Data ___/___/___ Firma leggibile _____

Nota: Si ricorda che è obbligatorio comunicare tempestivamente alla ASL, l'eventuale perdita dei requisiti del diritto all'esenzione autocertificati o comunque di non avvalersi più di tale diritto.

Documenti da allegare alla presente domanda:

1. modulo di autocertificazione in doppia copia;
2. fotocopia carta identità del dichiarante e dei soggetti sopraindicati ai quali si intende estendere l'autocertificazione;
3. fotocopia Codice Fiscale o Tessera Team del dichiarante e dei soggetti sopraindicati ai quali si intende estendere l'autocertificazione.