



A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO
AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER
MOTIVI DI REDDITO
AI SENSI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE
PER LE FALSE DICHIARAZIONI, LA FALSITA' NEGLI ATTI O L'USO DI ATTI FALSI.

Il sottoscritt _____

Codice Fiscale

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

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

residente a _____ Prov. _____ Via _____
_____ n. _____

n°	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Medico curante

DICHIARA

- di aver diritto all'esenzione per motivi di reddito, ai sensi del D.C.A. Regione Campania n.141 del 31/10/2014 e 147 del 24/12/2014, 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) in quanto appartiene alla seguente categoria (barrare la casella sottostante):

E 11	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare fiscale composto da 3 persone con reddito complessivo lordo non superiore a 18.000,00 euro (D.C.A. 141/2014 punto 2b1)
E 12	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare fiscale composto da 4 o 5 persone con reddito complessivo lordo non superiore a 22.000,00 euro (D.C.A. 141/2014 punto 2b2)
E 13	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare fiscale composto da oltre 5 persone con reddito complessivo lordo non superiore a 24.000,00 euro (D.C.A. 141/2014 punto 2b3)
E 14	Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo compreso tra € 36.151,98 E 50.000,00

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.