

**ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
FASCIA REDDITO DA ATTESTAZIONE ISEE**

**Il/la sottoscritto/a** .....  
Nato/a il ...../...../..... a ..... (.....)  
residente a .....in via/piazza..... n.....  
codice fiscale.....

**Il beneficiario della prestazione** ( riportare i dati del beneficiario solo se diverso dal dichiarante)  
Cognome .....Nome.....  
Nato/a il ...../...../..... a ..... (.....)  
residente a .....in via/piazza ..... n.....  
codice fiscale.....

**PRESENTA**

**un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente)  
che colloca il beneficiario della prestazione specialistica ambulatoriale nella seguente fascia:**

<input type="checkbox"/> fino a € 36.151,98
<input type="checkbox"/> tra € 36.151,99 e € 70.000
<input type="checkbox"/> tra € 70.001 e € 100.000
<input type="checkbox"/> superiore a € 100.000

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B.**

Sui dati dichiarati ai fini delle attestazioni ISEE sono effettuati controlli previsti dall'art. 71 del DPR n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite. L'eventuale evasioni del ticket su dichiarazione non vera comporta il recupero degli importi non pagati per le prestazioni erogate e la trasmissione degli atti all'autorità giudiziaria per l'applicazione delle sanzioni previste