

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO AI FINI DELL'ESENZIONE DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE n. 1100/2009

REGIONE TOSCANA

Azienda Sanitaria

Il/la sottoscritto/a.....
nato il.....a()
residente a.....(.....)
in via/piazzan.....

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica n 445/2000, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello stesso Decreto, nonché della revoca del beneficio qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese,

DICHIARA

che il **beneficiario della prestazione** (compilare solo nel caso di persona diversa dal dichiarante)

cognome.....nome.....
nato il.....a.....(.....)
residente avia.....n....

appartiene ad una delle seguenti categorie di aventi diritto, ai sensi della DGRT n. 1100/2009, alla sospensione dell'onere della compartecipazione alla spesa sanitaria per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali:

A titolare di un rapporto di lavoro presso.....con sede a.....via/piazza.....n..... nella condizione di non percepire la retribuzione per un periodo consecutivo di almeno tre mesi, dalad oggi;

B familiare a carico* di persona avente i requisiti i cui al punto A; (dati del titolare dei requisiti di cui al punto A)

Cognome.....nome.....nato il.....residente a.....in via.....n..... titolare di un rapporto di lavoro presso.....con sede invia/piazza.....n..... nella condizione di non percepire la retribuzione per un periodo consecutivo di almeno tre mesi, dalad oggi

Luogo e data

Firma leggibile**

.....

.....

* per familiari a carico si intendono i familiari fiscalmente non indipendenti per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali.
** nel caso di firma apposta da un familiare indicare il grado di parentela.

N.B. la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è sottoscritta dinanzi al dipendente addetto o sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata del documento di riconoscimento del sottoscrittore.

La presente dichiarazione è stata:

sottoscritta in presenza del dipendente addetto _____;
sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 163/2006

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. 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.