

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER SITUAZIONE ECONOMICA

Servizio Sanitario della Toscana

Dati del soggetto dichiarante

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Comune o stato di nascita	
Codice fiscale	
Titolo	<input type="radio"/> interessato <input type="radio"/> genitore esercente la potestà <input type="radio"/> tutore
Numero di telefono o e-mail	

Ai sensi 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

DICHIARA CHE

Dati dell'assistito(se diverso dal dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice fiscale	

APPARTIENE ALLA SEGUENTE CATEGORIA DI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

**E93** Cittadini stranieri richiedenti asilo in condizione di indigenza, privi di lavoro o che svolgano attività lavorativa con **reddito annuo fino ad euro 8000**, per attività di lavoro subordinato o parasubordinato, o fino ad euro **4800 per quelle di lavoro autonomo**

In allegato fotocopia del documento di identità del dichiarante e dell'assistito (se diverso).

**Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs n° 196/2003 e s.m.i.)**

*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. I suddetti dati sono necessari per definire la quota di compartecipazione alla spesa sanitaria e il contributo di digitalizzazione. La mancata compilazione comporta l'applicazione della quota aggiuntiva massimale. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 13 del D.Lgs 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati, chiedendo la correzione, l'integrazione e, ricorrendone i presupposti, la cancellazione e il blocco degli stessi.*

La ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (normativa vigente)

Firma leggibile:	Data:
------------------	-------

**NOTA:** Si evidenzia che è obbligatorio comunicare tempestivamente alla ASL l'eventuale modifica dei requisiti reddituali autocertificati.