

RICHIESTA PER L'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEI TICKET SANITARI*

Al Comune di **Stresa**
Servizio Politiche Sociali
28838 STRESA (VB)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in _____ n. _____
tel. _____ email/PEC _____

(indirizzi email/PEC ai quali potranno essere inviate eventuali comunicazioni da parte del Comune inerenti la presente istanza)

CHIEDE

Ai sensi del vigente regolamento per le prestazioni ed i servizi sociali, che venga rilasciata

- l'autorizzazione per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per indigenza, per visite mediche per sé e per i propri familiari e/o conviventi sotto elencati, non già esenti per limite di età, patologia o altre particolari condizioni previste dalla normativa vigente e di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale;
- Il rinnovo dell'autorizzazione per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per indigenza, per visite mediche per sé e per i propri familiari e/o conviventi sotto elencati, non già esenti per limite di età, patologia o altre particolari condizioni previste dalla normativa vigente e di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale;

A tale fine, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii. in materia di autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni e della decadenza dai benefici

DICHIARA

1) che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

Cognome e Nome _____	Cod. Fiscale _____
DICHIARANTE	
Nato/a il _____ a _____	Nr. Codice sanitario _____
Situazione lavorativa (dipendete/autonomo/pensionato/studente/altro..) _____	

*sono esclusi i ticket per farmaci

Cognome e Nome _____ Rapporto di parentela _____ Nato/a il _____ a _____ Situazione lavorativa (dipendete/autonomo/pensionato/studente/altro..) _____ _____	Cod. Fiscale _____ Nr. Codice sanitario _____
Cognome e Nome _____ Rapporto di parentela _____ Nato/a il _____ a _____ Situazione lavorativa (dipendete/autonomo/pensionato/studente/altro..) _____ _____	Cod. Fiscale _____ Nr. Codice sanitario _____
Cognome e Nome _____ Rapporto di parentela _____ Nato/a il _____ a _____ Situazione lavorativa (dipendete/autonomo/pensionato/studente/altro..) _____ _____	Cod. Fiscale _____ Nr. Codice sanitario _____
Cognome e Nome _____ Rapporto di parentela _____ Nato/a il _____ a _____ Situazione lavorativa (dipendete/autonomo/pensionato/studente/altro..) _____ _____	Cod. Fiscale _____ Nr. Codice sanitario _____

2) che i soggetti per i quali viene richiesta l'esonero dalla partecipazione alla spesa sanitaria per indigenza sono i seguenti:

-
-
-
-
-

3) che i soggetti indicati al punto 2) sono residenti in Comune di Stresa da almeno 18 mesi

*sono esclusi i ticket per farmaci

4) che, in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con n. protocollo _____, l'attestazione ISEE rilasciata dall'INPS in data _____, valevole fino al _____ e relativa al nucleo familiare, è pari ad € _____ e la somma dei redditi dei componenti del nucleo è uguale o inferiore a € 25,000.

5) di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale potrà eseguire controlli e al contempo negare il beneficio o revocarlo se già concesso, qualora l'esito di tali controlli sia negativo (artt.71 e 75 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)

6) di essere a conoscenza che, in caso di cambio di residenza il documento di esenzione dovrà essere riconsegnato con immediatezza al Comune e non sarà più possibile fruire delle prestazioni esentate dalla spesa sanitaria. In caso contrario, i relativi costi saranno addebitati direttamente al fruitore della prestazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del Reg. UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento dell'istruttoria e saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, come da informativa riportata in calce alla presente istanza, di cui dichiara di avere preso visione e sottoscrive per accettazione.

Stresa, li _____ Firma _____

*Qualora la sottoscrizione non sia apposta in presenza del dipendente comunale incaricato al ricevimento dell'istanza, occorre **allegare, all'istanza medesima, copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.***

Informativa sulla Privacy ai sensi del Reg. UE n. 2016/679 (G.D.P.R.) La informiamo che i dati personali da Lei forniti saranno trattati al fine di dare corso alla sua istanza di concessione beneficio economico. Il trattamento avverrà in modo manuale e informatizzato. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio e il mancato conferimento non consentirà l'esecuzione della richiesta presentata. I dati verranno a conoscenza dei dipendenti dell'ente incaricati o responsabili del trattamento dei dati e potranno essere oggetto di comunicazione ad altri soggetti pubblici, per finalità connesse con il presente trattamento, incluse attività di controllo e verifica delle dichiarazioni rese.

Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Stresa a cui potrà rivolgersi per esercitare i diritti riconosciuti dalla vigente normativa

Stresa, li _____ Firma _____