

**ALLEGATO 1 (Delega a terzi per consegna autocertificazione già sottoscritta)**

All'Azienda Sanitaria Locale n. 8  
di Cagliari

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
**dichiara di aver firmato preventivamente l'allegata dichiarazione sostitutiva di certificazione**, ai fini  
dell'esenzione dal ticket, e di inviarla alla ASL competente mediante

**DELEGA**

al Sig. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Alla presente allega la copia fotostatica del proprio documento di identità, unitamente a quella del delegato  
(art.38 c.3 DPR n.445/2000).

<b>Luogo e Data</b>	<b>Firma leggibile dichiarante</b>
---------------------	------------------------------------

**ALLEGATO 2 (Consegna autocertificazione da parte dell'interessato che non sa o non può firmare)**

All'Azienda Sanitaria Locale n. 8  
di Cagliari

**DICHIARAZIONE DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE**  
(ART.4 - COMMA 1 – D.P.R. 445/2000)

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
identificat\_ mediante \_\_\_\_\_,

**(indicare gli estremi e allegare copia del documento di identità)**

**CHIEDE**

**non sapendo/non potendo firmare** in quanto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(indicare i motivi che determinano l'impedimento alla firma)**

che l'allegata dichiarazione, ai fini dell'esenzione dal ticket, venga raccolta dall'operatore incaricato ASL, il quale attesta che la stessa è stata resa in sua presenza e consegnata unitamente alla copia della dichiarazione fiscale (CUD 730 UNICO), relativa all'anno 2010 (art.4 c.3 DPR 445/2000).

<b>Luogo e Data</b>	<b>Firma leggibile Operatore incaricato ASL</b> <b>(scrivere anche nome e cognome in stampatello)</b>
---------------------	--