

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA  
(TICKET) RICHIEDENTI ASILO POLITICO/PROTEZIONE INTERNAZIONALE  
(D.M. 11.12.2009)**

(DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE IN OGNI SUA PARTE: CONSULTARE LE ISTRUZIONI ALLEGATE)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod.fisc. \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

In qualità di:

DIRETTO INTERESSATO     GENITORE DEL MINORE DI ETA' SUPERIORE ANNI SEI

**Inserire i dati del/i minore/i**

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI**, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**RICHIEDE:**

<input type="checkbox"/>	<b>E02      Il rilascio del certificato di esenzione in qualità di richiedente asilo</b>
--------------------------	--

A) Ai sensi del D.Leg.vo 196/2003, esprime il proprio consenso affinché i dati personali contenuti nella presente autocertificazione formino oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere all'adempimento di obblighi di legge.

B) DICHIARA di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.71 DPR n.445/2000, la ASL è tenuta a controllare il contenuto della presente dichiarazione e che è prevista la decadenza dai benefici conseguiti con false dichiarazioni (art.75 DPR n.445/2000) e la conseguente trasmissione degli atti all'Autorità Giudiziaria (art.76 DPR n.445/2000).

Pertanto, l'autorizzazione alla fruizione del diritto di esenzione dal ticket sulle prestazioni sanitarie sarà valida sino alla data indicata sul certificato di esenzione, salvo che nel frattempo non intercorrano motivi di variazione nei contenuti della dichiarazione sottoscritta (per esempio: superamento dei limiti d'età, per i minori, o di reddito, sopravvenuta occupazione, ecc), che si impegna a comunicare tempestivamente all'Area Socio Sanitaria Locale.

In ogni caso è a conoscenza che decadrà dai benefici, nel caso in cui i dati contenuti nella presente dichiarazione non trovino riscontro in seguito ai controlli disposti dalla ASL, impegnandosi a corrispondere i ticket non versati.

<p>Firma leggibile dichiarante</p>  <p>_____</p>	<p>Timbro Firma Operatore ASL incaricato</p>
--	--

Si allega alla presente:

- Copia del permesso di soggiorno del richiedente, dovrà eventualmente essere inserito il nominativo del minore per il quale si chiede l'esenzione.
- Copia della Tessera Sanitaria del richiedente ed eventualmente del minore per il quale si chiede l'esenzione.

