

**CODICE ESENZIONE  
E13**



*Codice Fiscale Assistito*

## Regione Lombardia

### AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E FARMACEUTICA ESENZIONE CON VALIDITA' SUL TERRITORIO REGIONALE

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e successive modifiche e integrazioni, D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 5875 del 21.11.2007)

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... prov. (.....) il ...../...../.....

residente in ..... prov. (.....) cap ..... via ..... n° .....

in qualità di diretto interessato

in qualità di tutore / amministratore di sostegno di .....

nato/a a ..... prov. (.....) il ...../...../.....

residente in ..... prov. (.....) cap ..... via ..... n° .....

#### DICHIARA

A. Che l'interessato appartiene ad un nucleo familiare fiscale con un reddito complessivo inferiore o pari a 20.000,00 euro ed è in una delle seguenti condizioni:

1. lavoratore/ricce in mobilità
2. lavoratore/ricce in cassa integrazione straordinaria dall'Azienda ..... comune di ....., prov.....
3. lavoratore/ricce in cassa integrazione in deroga dall'Azienda ..... comune di ....., prov.....
4. lavoratore/ricce in contratto di solidarietà difensivo dall'Azienda ..... comune di ....., prov.....

B. Che i suoi familiari a carico, alla data di presentazione della presente dichiarazione, sono i seguenti:

Cognome	Nome	Comune di nascita	Provincia di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale

La/Il sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000.

IL DICHIARANTE

(luogo e data)

**CODICE ESENZIONE**  
**E13**



**Regione Lombardia**

**CERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E FARMACEUTICA  
ESENZIONE CON VALIDITA' SUL TERRITORIO REGIONALE**

(Applicazione Leggi Finanziarie 1995 / 1996 e successive modifiche e integrazioni, D.M. 11 Dicembre 2009, DGR n. 5875 del 21.11.2007)

La presente certificazione esenta dalla compartecipazione di cui sopra i seguenti cittadini:

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La presente certificazione ha validità fino ad eventuale variazione dello stato di diritto.

\_\_\_\_\_ luogo e data

\_\_\_\_\_ timbro e firma del Responsabile ASL