

DICHIARAZIONE DI VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE FISCALE AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DEL DIRITTO ALLA ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET SULLA PRIMA VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

(ART.46 ED ART.47 DEL DPR. 445/2000)

*I campi contrassegnati con * sono obbligatori*

Data della dichiarazione _____

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____ nato/a il __/__/____ a _____ residente a _____ prov __ via _____ n. _____

In qualità di diretto interessato

CONSAPEVOLE CHE IL CODICE PENALE E LE LEGGI SPECIALI IN MATERIA PUNISCONO CHI LASCIA DICHIARAZIONI NON VERE

(ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Di avere diritto all'esenzione dal ticket (FA2) per le famiglie con almeno due figli a carico fiscale
- Di non avere più diritto all'esenzione dal ticket (FA2) per le famiglie con almeno due figli a carico fiscale

In quanto il suo nucleo familiare fiscale è composto da:

Codice Fiscale	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela
				DICHIARANTE
				CONIUGE
				FIGLIO/A
				FIGLIO/A
				FIGLIO/A
				FIGLIO/A

É possibile autocertificare variazioni del nucleo familiare fiscale (limitatamente a figli e coniuge) intervenute dal 1° gennaio dell'anno precedente a quello di presentazione della autocertificazione.

Consenso al trattamento dati (art. 13 del D. Lgs. 196/2003)

I dati forniti dall'assistito saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, i dati inerenti alle autocertificazioni saranno messi a disposizione dei medici prescrittori ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. All'utente competono i diritti previsti da art.13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, di chiederne la correzione, l'integrazione, e nei casi previsti dalla norma, la cancellazione ed il blocco.

data _____ firma _____