

AUTOCERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO
(ai sensi dell'art. 79 comma 1-sexies, lettera a) e b) del DL 112 del 25 giugno 2008, convertito con
modificazioni, dalla legge 133 del 6 agosto 2008 e del DM 11 dicembre 2009)

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la
falsità negli atti o l'uso di atti falsi, il sottoscritto dichiara quanto segue:

DATI DEL SOGGETTO DICHIARANTE

NOME _____
COGNOME _____
DATA DI NASCITA _____
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____
TITOLO _____

DATI DELL'ASSISTITO ESENTE (da compilare solo se diverso dal soggetto dichiarante)

NOME _____
COGNOME _____
DATA DI NASCITA _____
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____

DAL _____ AL 31/03/2025

appartiene alla seguente categoria

- **E02** Disoccupati e loro familiari a carico con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (ex art. 8 comma 16 della L 537/1993 e successive modifiche e integrazioni).
- Di avere cessato per qualunque motivo un'attività di LAVORO DIPENDENTE
- Di essere iscritt_ alla Sezione Circostrizionale per l'impiego di _____

E quindi ha diritto all'esenzione per motivi di reddito

(legge n. 537/1993 e successive modificazioni ed integrazione)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 Regolamento Generale Europeo Protezione Dati 2016/679): Il sottoscritto dichiara di essere stato informato su scopi e modalità del trattamento dei dati forniti in relazione alla presente domanda e di aver preso visione dell'informativa generale estesa sui trattamenti di dati di cui dall'ASL TO4 è Titolare, così come pubblicata, fra l'altro, nel sito internet istituzionale dell'ASL TO4 alla voce "Utile conoscere - Privacy" al link: <https://www.aslto4.piemonte.it/file/1786.pdf> e di averne compresi i contenuti.

Firma leggibile _____ data _____

INFORMAZIONI PER LA COMPILAZIONE: Nella sezione DATI DELL'ASSISTITO ESENTE indicare i dati del soggetto di cui si richiede l'esenzione

NOTA: La ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/12/2009 Art. 1, comma 7 lettera c). È obbligatorio comunicare tempestivamente all'ASL l'eventuale perdita dei requisiti che danno diritto all'esenzione autocertificata e comunque, in questo caso, non avvalersi di tale diritto.

ALLEGARE : Documento di identità valido e tessera sanitaria valida.