

**ASSISTENZA FARMACEUTICA**

D.M. 11/12/2009 (G.U. n. 302 del 30/12/2009 – D.G.R. 2790/2010 (B.U.R.P. n.7 del 14/01/2011) - D.G.R. n. 1391/2011 (B.U.R.P. n.104 del 01/07/2011)

Il/La sottoscritto/a										nato/a a				il	
Residente a										Prov.		Via			
C.F.														Tel.	

in qualità di:

- diretto interessato**
- coniuge, figlio o altro parente fino al terzo grado**
- genitore, esercente la patria potestà**
- tutore**
- amministratore di sostegno**
- curatore**

 del seguente **beneficiario**:

Cognome e Nome										nato/a a				il	
Residente a										Prov.		Via			
C.F.														Tel.	

Ai sensi del DPR n. 445/2000, consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del DPR n. 445/2000,

**DICHIARA**

- 1) di appartenere (o che il beneficiario appartiene, *se diverso dal dichiarante*) ad una delle seguenti categorie (*barrare una sola casella*):

<b>E94</b>	Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.
<b>E95</b>	Assistito di età superiore a 65 anni, appartenente ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente non superiore a 36.151,98 euro.
<b>E96</b>	Assistito appartenente a nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente, non superiore a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico.

- 2) Che i seguenti familiari, per i quali si richiede il rilascio dell'attestato di esenzione, appartengono al nucleo familiare ai fini fiscali del dichiarante (*da compilarsi eventualmente solo per le condizioni E94 e E96*):

Cognome e Nome	Data di nascita gg/mm/aa	Comune di nascita (*)	Codice Fiscale	Grado parentela

(\*) In caso di nascita in Stato Estero indicare lo Stato Estero di nascita, in luogo del Comune di nascita.

Il sottoscritto si impegna a segnalare alla ASL tempestivamente ogni variazione rispetto a quanto dichiarato con il presente modulo. Il sottoscritto è consapevole che la ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/12/2009 Art. 1, comma 7, lettera c).

**Informativa ai sensi dell'art.11 del D.Lgs. 196/2003**

I dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge, anche attraverso soggetti terzi autorizzati e/o convenzionati che procederanno alla raccolta e al trattamento dei dati stessi. L'interessato ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

 \_\_\_\_\_  
 (data)

 \_\_\_\_\_  
 (firma)