

DOMANDA DI RAVVEDIMENTO

MODULO REGIONALE di RAVVEDIMENTO DELLA AUTOCERTIFICAZIONE/CERTIFICAZIONE di ESENZIONE TICKET per REDDITO o FASCIA di REDDITO

Il/la sottoscritto/a:

Cognome

Nome

Codice Fiscale Nato il / /

a

Telefono /

Residente a Provincia CAP

Indirizzo n.

In qualità di Interessato

Genitore esercente la potestà CF

Tutore* di _____ CF

Interessato stesso con assistenza del curatore.

Coniuge, figlio o altro parente in linea diretta o collaterale fino al 3° grado a causa dell'impedimento temporaneo per motivi di salute di _____ CF

* per tutore si intende anche l'amministratore di sostegno

consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale

SI RAVVEDE dell'AUTOCERTIFICAZIONE/CERTIFICAZIONE PER:

FASCIA DA REDDITO _____ (indicare R1, R2, R3, RB)

ESENZIONE DA REDDITO _____ (indicare E01, E02, E03, E04)

con data inizio / / e con validità per il periodo dal / / al / /

attualmente agli atti dell'Azienda USL e dichiara:

di appartenere per il periodo dal / / al / / ad un nucleo familiare fiscale con reddito complessivo lordo compreso nella fascia:

- R1 da 0 a 36.151,98 euro
- R2 da 36.151,98 a 70.000 euro
- R3 da 70.000,01 a 100.000 euro
- RB da 0 a 100.000 euro

di non voler autocertificare nessuna fascia di reddito.

A tal fine chiede di poter avere il ricalcolo del ticket e dell'eventuale ticket aggiuntivo delle prestazioni specialistiche o farmaceutiche non versati per il periodo sopra indicato.

Si precisa che le spese relative alle comunicazioni riguardanti la presente istanza sono a carico dell'assistito. Resta inteso che la presentazione dell'istanza blocca i controlli previsti dal D.P.R. 445/2000.

Si informa che i dati sono trattati nel rispetto del Codice della Privacy e s.m.i. e del R.EU 679/2016, come meglio specificato nella informativa visionabile al sito della Azienda UsI Umbria 1 <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy> e Azienda UsI Umbria 2 <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

Data _____

Firma _____

Parte riservata al personale della Azienda USL - IDENTIFICAZIONE DEL CITTADINO DICHIARANTE

Tipo documento _____ N. _____ rilasciato da _____ il ___/___/___ scadenza ___/___/___.

L'impiegato addetto _____

La presente autocertificazione viene archiviata e conservata per le successive operazioni di controllo della veridicità delle dichiarazioni rilasciate.