

MODULO DI RICHIESTA PER L'ESENZIONE DELLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA

Prot. N° _____ del _____

Al Direttore Responsabile Distretto

Io sottoscritto.....Nato/a a.....

Il.....C.F.....Documento di identità n.....

.....del rilasciato dal comune di.....

Informato ai sensi dell' art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati verranno utilizzati unicamente per controlli consentiti, consapevole che ai sensi dell' art. 76 del DPR n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l' uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Ai sensi della DGRC n.2266 del 30/12/2006 Allegato n.1, Tabella II

Dichiaro di appartenere ad una delle seguenti categorie:

? **Codice E 05** *Soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore a euro 10.000.00*

? **Codice E 06** *lavoratori in mobilità, lavoratori in cassa integrazione straordinaria e i familiari a loro carico per il periodo di durata di tali condizioni.*

? **Codice E 07** *Cittadini extracomunitari iscritti al SSN, con permesso di soggiorno per richiesta di asilo politico o umanitario*

? **Codice E 08** *Cittadini trapiantati d'organo appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore ad Euro 22.000.00 limitatamente ai farmaci correlati strettamente alla propria patologia.*

? - **Malattie croniche o rare** *Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi dei D.M. 28.5.1999 n.329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5..2001 n.296) e esenti ai sensi dei D.M. 18.5.2001 n. 279,; con reddito ISEE non superiore a € 22000,00 limitatamente ai farmaci strettamente correlati).*

Mi impegno a comunicarvi immediatamente eventuali variazioni a questa mia richiesta in caso di decadenza, per qualsiasi motivo, dal diritto di esenzione per reddito.

a) *Allego attestazione ISEE e/o attestazione per disoccupati, per mobilità o per cassa integrazione in originale ed in copia*

b) *Allego copia documento di riconoscimento.*

c) *Dichiaro, altresì, di essere stato informato che quanto dichiarato in questa mia richiesta potrà essere oggetto di verifica da parte delle Autorità Competenti.*

Data

Firma per esteso del dichiarante.....

SPAZIO RISERVATO AL DISTRETTO

Prot. N° _____ del _____

*Vista la documentazione allegata, si rilascia **CODICE** _____ di esenzione della partecipazione alla spesa farmaceutica per il nucleo familiare rilevato dal modello ISEE allegato.*

Validità fino al _____