

DISTRETTO: .....  
Unità Operativa Cure Primarie e Case della Salute

PRESIDIO: .....

## RICHIESTA ESENZIONE DEL PAGAMENTO TICKET

(Parte da compilare a cura dell'assistito)

Il/la sottoscritto/a ..... Nato a ..... Prov. ....

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

(Ai sensi dell'art. 2 della legge N° 15/1968 e successive)

Di essere secondo la risultanza anagrafica, residente nel Comune di Fiumicino in:

Via/Piazza ..... n° ..... telefono .....

Di essere cittadino: Italiano ..... Straniero .....

Codice Regionale: .....

Codice Fiscale: .....

Medico di famiglia: .....

- Se si modificano le condizioni di invalidità che hanno dato luogo al rilascio del presente tesserino, comunicherò prontamente la variazione a questo ufficio.
- Sono consapevole che le dichiarazioni non veritiere costituiscono reato punibile dalla Legge, questa Amministrazione si riserva la facoltà di verificare quanto sopra dichiarato.
- Il/La sottoscritto/a, consapevole delle disposizioni della L. 675/96 (privacy), consente l'utilizzazione dei dati personali forniti, ai soli fini clinici e amministrativi necessari e connessi all'esercizio del diritto all'esenzione per il reddito certificato ed alle successive elaborazioni statistiche accessorie.

Data ..... Firma del dichiarante .....

(Parte riservata all'ufficio)

Tesserini esenzione N° ..... del .....

Rilascio tesserino esenzione ticket per

Invalido civile sup. 2/3 ..... Invalido di guerra cat. 6/8 .....

Invalido del lavoro sup. 2/3 ..... Invalido del lavoro inf. 2/3 .....

Invalido di servizio cat. 1/5 ..... Invalido di servizio cat. 6/8 .....

Invalido di guerra cat. 1/5 ..... Altro: .....

Altro: .....

**Il dipendente addetto**