

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ Codice Sanitario \_\_\_\_\_, residente a San Maurizio C.se in via

\_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci

dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, dichiara di essere indigente a carico del

Comune di San Maurizio C.se e di essere in possesso di Tesserino di esenzione dal pagamento del Ticket sanitario per reddito (Autorizzazione n.

.....) a me intestato e che i familiari aventi diritto all'esenzione sono:

grado di parentela	nome e cognome	data di nascita	codice fiscale
CONIUGE			
FIGLIO			
FIGLIO			
FIGLIO			

Dichiara inoltre, qualora si accorga a posteriori e spontaneamente, di avere sottoscritto senza averne in realtà diritto, l'autocertificazione all'esenzione per motivi di reddito, di richiedere l'annullamento della stessa e di provvedere al pagamento delle prestazioni sanitarie fruite nel periodo 01/04/2020 – 30/06/2020 considerato.

San Maurizio Canavese, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia carta di identità o documento di identità