

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

consapevole della responsabilità penale cui potrò andare incontro nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall'art.76 del DPR 445/2000

per me stesso

per l'interessato \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI**

genitore di minore  tutore/curatore/affidatario  delegato

il **rilascio** dell'attestato di esenzione dalla compartecipazione alla spesa per condizioni sanitarie (patologia cronica, rara, invalidità, ecc.)

il **rinnovo** dell'attestato di esenzione dalla compartecipazione alla spesa per condizioni sanitarie

il **duplicato** dell'attestato di esenzione già rilasciato

**CHIEDO INOLTRE DI ACQUISIRE L'ATTESTATO**

di persona, tramite ritiro allo sportello amministrativo

all'indirizzo di residenza del titolare di esenzione tramite invio postale

all'indirizzo di domicilio del titolare di esenzione tramite invio postale

tramite posta elettronica ordinaria, all'indirizzo indicato per il titolare dell'esenzione

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:  
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscana centro>  
o scansionando il QR code a margine.



Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Nel caso che la richiesta riguardi soggetto minorenni \_\_\_\_\_  
(firma dell'altro genitore)

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la richiesta di comune accordo con l'altro genitore in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ( art. 316, 337 ter, 337 quater del codice civile)\*

**Da allegare alla richiesta idonea documentazione sanitaria** (certificazione attestante la malattia rilasciata dalle strutture del SSN e dalle commissioni mediche degli ospedali militari, copia cartella clinica, copia verbale redatto ai fini del riconoscimento di invalidità, copia dell'esame istologico, copia della documentazione di dimissione rilasciata da istituti di ricovero accreditati e operanti nell'ambito del SSN, altra documentazione specifica). In caso di malattia rara la certificazione idonea è quella rilasciata dal Presidio autorizzato dalla Regione per la specifica malattia.

\*Ai sensi della normativa vigente, la richiesta è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore; impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento esclusivo ad uno dei genitori