RICHIESTA RILASCIO/RINNOVO/DUPLICATO ATTESTATO DI ESENZIONE TICKET

(ai sensi del DM 1/2/91 e s.m.i., DGRT 776/2009, DGRT 316/2013, e DPCM 12/1/17)

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

lo sottoscritt __ _____ _____
Cognome Nome

nat ___ il _____ a _____ prov. ____

residente a _____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____

domiciliato a _____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

telefono _____ email _____

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

nat ___ il _____ a _____ prov. ____

residente a _____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____

domiciliato a _____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

telefono _____ email _____

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

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.
Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:
http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda

Luogo e data _____, _____ Firma del richiedente _____

Da allegare alla richiesta idonea documentazione sanitaria (certificazione attestante la malattia rilasciata dalla strutture del SSN e 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.