



Domanda per ottenere l'esenzione ticket relativa alle prestazioni specialistiche e farmaceutiche per patologia (D.M. 28.05.1999 e successive modificazioni)

Il sottoscritto/a nato/a a prov.
il e residente a prov.
cap via/piazza n.
codice fiscale tel.
E-mail



Chiede per se



Per nato il a ()
Res. via n. cap città prov

ai sensi della vigente normativa di essere esentato dal pagamento del ticket sulle prestazioni strumentali per patologia e a tal fine allega la seguente documentazione:

- Copia conforme all'originale della cartella clinica, cartellino di dimissione ospedaliero, certificazione rilasciata da struttura pubblica equiparata o cartella clinica di strutture private convenzionate.....
- Copia conforme all'originale della cartella clinica rilasciata da struttura sanitaria privata convenzionata
- Copia conforme all'originale della certificazione attestante l'invalidità civile, l'invalidità per servizio (I.N.P.S., I.N.A.I.L.) o altra documentazione valida rilasciata dalle competenti strutture o commissioni mediche
- Fotocopia della tessera sanitaria
- Fotocopia di documento di identità in corso di validità
- Modello di esenzione per altre patologie o reddito già in possesso

DICHIARA

di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia di riservatezza dati personali in particolare di quelli di cui agli artt. 10 (informazione resa al momento della raccolta e inerenti alla salute) della legge 31.12.1996 n. 675 e successive integrazioni e modificazioni; che ha preso visione, ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati da parte dei soggetti erogatori di prestazioni, pubblici, convenzionati o accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale o da soggetti accreditati alla prescrizione ed erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di esenzione.

....., li

.....
(FIRMA)

Sulla scorta della documentazione esibita dal Sig./ra
nato/a a prov. il e residente in
C.A.P. via/piazza n.

Visto che le patologie sono/non sono tra quelle previste dal D.M. n. 329 del 28.05.1999 e successive
modificazioni ed integrazioni, pertanto si riconosce/non si riconosce (*) il diritto all'esonero alla
partecipazione alla spesa per patologia.

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

IDENTIFICATIVO data
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

(*) MOTIVAZIONE DINIEGO

.....
.....
.....
.....

Il/la sottoscritto/a documento di riconoscimento
..... delego/a il Sir./ra
nato/a il a ritirare in mia vece l'attestato di
esonero del pagamento del ticket relativo alla richiesta da me presentata.

....., li
(FIRMA)