

Al Distretto Socio Sanitario n. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESENZIONE TICKET PER PATOLOGIA CRONICA O INVALIDITA' E MALATTIE RARE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore del minore: \_\_\_\_\_
- In qualità di tutore/amministratore di sostegno di: \_\_\_\_\_

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE  
IL RICONOSCIMENTO DELL'ESENZIONE TICKET PER**

**o patologia cronica**

Allegare copia di uno dei seguenti documenti:

- un certificato recente con la diagnosi ed il codice della patologia cronica, rilasciato da un medico specialista di una struttura pubblica;
- cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica;
- del verbale di invalidità;
- della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera privata accreditata;
- certificati delle Commissioni mediche degli Ospedali militari;
- certificazioni rilasciate da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea.

**o invalidità**

Allegare copia del verbale rilasciato dalla pertinente commissione medica.

**o malattia rara**

Allegare copia della certificazione specialistica idonea che deve essere rilasciata da una delle strutture riconosciute dalla Regione come presidio di riferimento per quella malattia.

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).**

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi. Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai fini della consegna dell'attestato di esenzione:

- autorizzo
- non autorizzo

l'Azienda ASL a spedire l'attestato al seguente indirizzo personale di posta elettronica:

\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità.