



Autocertificazione del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket E99 per LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI

(DGR 1036/09 e modifiche)

lo sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a il _____ a _____ tel. cellulare _____

residente a _____ prov. _____ via _____ n _____

- in qualità di diretto interessato
- in qualità di genitore del minore _____
- in qualità di tutore/amministratore di sostegno di _____

consapevole che, ai sensi dell' art. 76 del DPR 445/2000, il rilascio di dichiarazioni non vere è punito dal codice penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARO DI AVERE DIRITTO ALL'ESENZIONE TICKET E99 PERCHE':

1	<p>Ho perso il lavoro dopo il 1 ottobre 2008, in particolare:</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso un lavoro alle dipendenze presso</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso la precedente attività lavorativa autonoma (P.IVA e/o iscr.CC)..... dal.....</p> <p>ho presentato Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) in data (indicare la data di rinnovo annuale)..... al centro per l'Impiego di (precisare il luogo)</p> <p>E non svolgo attualmente alcuna attività lavorativa</p>
2	<p><input type="checkbox"/> sono in cassa integrazione ordinaria, straordinaria o in deroga e percepisco una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, che non supera i limiti di reddito mensili previsti dalla legge 427/1980 e fissati ogni anno dell'Inps</p>
3	<p>Sono in mobilità, in particolare:</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso un lavoro alle dipendenze presso</p> <p>ho presentato Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) in data (indicare la data di rinnovo annuale)..... al centro per l'Impiego di (precisare il luogo).....</p> <p>E non svolgo attualmente alcuna attività lavorativa</p>
4	<p><input type="checkbox"/> ho un contratto di solidarietà e percepisco una retribuzione, comprensiva della integrazione salariale, che non supera i limiti di reddito mensili previsti dalla legge 427/1980 e fissati ogni anno dell'Inps</p>
5	<p><input type="checkbox"/> sono familiare a carico di</p> <p>Cognome e nome _____ codice fiscale _____</p> <p>che si trova nella condizione <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: center;">(barrare una delle 4 condizioni indicate nei riquadri precedenti)</p>

La dichiarazione ha validità ai fini dell'esenzione E99 dalla data di presentazione fino al 31 dicembre dello stesso anno.

Se durante l'anno si modifica la condizione che ho dichiarato (ad esempio riprendo il lavoro), mi impegno a comunicarlo immediatamente all'aziendaUSL.

Informazioni sul trattamento dei dati personali – art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR

I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, il dato dell'esenzione sarà messo a disposizione dei medici prescrittori ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. In qualunque momento, inviando una richiesta al Responsabile Protezione Dati della Azienda Usl di Modena all'indirizzo dpo@ausl.mo.it, è possibile far valere i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR. Ricorrendone i presupposti, è altresì possibile proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.

data _____

firma _____

Se l'autocertificazione è presentata presso una farmacia, è necessario **allegare una copia di un documento** d'identità in corso di validità. La farmacia provvede a inviare l'autocertificazione all'Azienda USL di Modena tramite fax o posta elettronica (a un indirizzo non PEC).