

**INFORMAZIONE RELATIVA ALL'ESENZIONE DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA
SPESA FARMACEUTICA COME DA DGR 54-2431 DEL 20 MARZO 2006 E DELLE
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI**

Il sottoscritto.....nato a

Il..... codice fiscale.....

residente ain via.....

INFORMA CHE

☐ è in possesso di certificato di esenzione / invalidità

PER LA SPESA FARMACEUTICA

☐ è cittadino ultrasessantacinquenne con reddito familiare riferito all'anno precedente non superiore ad €. **15.000,00** al lordo degli oneri deducibili (per nucleo familiare si intende quello individuato ai fini fiscali e non anagrafici)

☐ non possiede i requisiti idonei all'esenzione ed è pertanto soggetto a ticket

PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

☐ è cittadino ultrasessantacinquenne che appartiene al nucleo familiare con reddito complessivo annuo lordo non superiore ad €. **36.151,98**

☐ non possiede requisiti idonei all'esenzione ed è pertanto soggetto a ticket

Si ricorda che, per avere diritto alle esenzioni legate al reddito l'assistito (o un suo familiare) deve sottoscrivere l'autocertificazione del proprio stato reddituale, al momento della prestazione, presso l'ente che effettua il servizio.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03.

Torino, Firma.....