

Allegato1

Delibera di Giunta Regionale n. 1036/2009 Interventi in materia di sostegno dei lavoratori colpiti dalla crisi economica e di altre fasce deboli per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

ESENZIONE DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET) PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ESCLUSIVAMENTE PER I CITTADINI RESIDENTI NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

In relazione alla prestazione specialistica relativa all'assistito _____
Cognome _____ Nome _____

Il/la sottoscritto/a

nato/a il a.....

residente a

in via/piazza

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore del minore
- In qualità di familiare a carico

DICHIARA

<p>1 <input type="checkbox"/> di avere perso il lavoro dal 1°ottobre 2008.</p> <p><input type="checkbox"/> di aver presentato Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) al Centro per l'Impiego di _____ (specificare) e di essere tuttora in attesa di nuova occupazione.</p>	<p>oppure <input type="checkbox"/> di essere familiare a carico*</p>
---	---

<p>2 <input type="checkbox"/> di essere in cassa integrazione ordinaria, straordinaria o in deroga e di percepire una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale corrispondente ai massimali mensili previsti dalla Legge 427/1980 (Circ. INPS n. 11 del 27/1/2009).</p>	<p>oppure <input type="checkbox"/> di essere familiare a carico*</p>
---	---

<p>3 <input type="checkbox"/> di essere in mobilità.</p> <p><input type="checkbox"/> di aver presentato Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) al Centro per l'Impiego di _____ (specificare) e di essere tuttora in attesa di nuova occupazione.</p>	<p>oppure <input type="checkbox"/> di essere familiare a carico*</p>
---	---

<p>4 <input type="checkbox"/> di avere un contratto di solidarietà e di percepire una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, corrispondente ai massimali di legge di cui al punto 2.</p>	<p>oppure <input type="checkbox"/> di essere familiare a carico*</p>
--	---

(*)Qualora la dichiarazione sia resa da familiare a carico di lavoratore rientrante in una delle categorie sopraindicate devono essere indicati nello spazio sottostante anche i dati del lavoratore

Nome _____ Cognome _____ Data di Nascita _____

SI PRECISA CHE I MOTIVI DELL'ESENZIONE DEVONO SUSSISTERE ALLA DATA DI EFFETTUAZIONE DELLA PRESTAZIONE

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma