

Riservato USL	Num.progressivo richiesta			

giorno mese anno

Esito	Firma	Firma
Non Esente		
Totale Nucleo		
Parziale Nucleo		
Totale Assistito		
Parziale Assistito		

AUTOCERTIFICAZIONE (scrivere in STAMPATELLO)

DICHIARAZIONE DI SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI CHE DANNO DIRITTO SOGGETTIVO AD ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA, redatta ai fini del rilascio della relativa attestazione da parte della Azienda USL, con riferimento alle vigenti disposizioni normative, amministrative e regolamentari della Regione Puglia disciplinanti la materia, con esplicito consenso all'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, per le finalità amministrative e di controllo previste dalle norme di legge e dalle regolamentazioni regionali, di cui in particolare alla Deliberazione della Giunta Regionale 19 Novembre 2004, n. 1718, pubblicata sul BURP n. 150 del 16 Dicembre 2004, che prevedono accertamenti da parte delle strutture del SSR da compiersi anche con la collaborazione dell'Agenzia delle Entrate del Ministero dell'Economia e delle Finanze,

il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ ,
C.F. _____ , residente a _____ Prov. _____, Via _____,
_____ , giusta allegata fotocopia di proprio documento di identità, di seguito indicato come “Dichiarante”,
consapevole delle responsabilità civili, fiscali e penali derivanti da dichiarazioni false e mendaci relative alla propria posizione soggettiva ed a quella dei
componenti il nucleo familiare, nonché da impropria richiesta di specialità medicinali effettuata al medico curante a nome proprio o di propri familiari CHE NON
sono esenti dalla compartecipazione alle spese farmaceutica, afferma esplicitamente che sono veritiere tutte le dichiarazioni in appresso effettuate e che il
richiedente la esenzione (o il beneficiario) appartiene alla seguente categoria:

ESENZIONE TOTALE

- (A) Grande invalido del lavoro (dall'80 al 100%);
- (B) Invalido per servizio (dalla I alla V categoria);
- (C) Invalido civile al 100% e titolare di pensione di inabilità assoluta e permanente;
- (D) Invalido di guerra titolare di pensione vitalizia;
- (E) Titolare di sola pensione sociale (oltre ad eventuale casa di abitazione);
- (F) Componente di nucleo familiare con reddito annuo della famiglia fino a 10.000 Euro ⁽¹⁾;
- (G) Componente di nucleo familiare con reddito annuo della famiglia fino a 16.000 Euro ⁽¹⁾ e condizioni cliniche individuali già accertate dalla USL ⁽²⁾.

ESENZIONE PARZIALE

- (I) Componente di nucleo familiare con reddito annuo della famiglia fino a 12.500 Euro ⁽¹⁾;
- (L) Soggetto di età superiore a 65 anni, componente di nucleo familiare con reddito annuo della famiglia fino a 24.000 Euro.

ATTENZIONE: trascrivere la lettera e la dicitura dell'esenzione

⁽¹⁾ I limiti di reddito di 10.000, 12.500 e 16.000 Euro sono elevati di 750 Euro per ogni figlio a carico, per un massimo di 2.250 Euro di incremento.

(2) Solo per i farmaci correlati alla patologia.

Attenzione: per “reddito del nucleo familiare” si intende il reddito complessivo in Euro dell'intero nucleo rilevante ai fini IRPEF, costituito dai redditi percepiti da tutti i componenti lo stesso, al lordo delle ritenute fiscali. Al fine di evitare erroneità, poiché numerose indennità o rendite (indennità di accompagnamento, pensione di guerra, rendita INAIL, etc.) non rientrano nell'imponibile IRPEF, si faccia riferimento alle istruzioni per la compilazione dei modelli UNICO, CUD e 730, consultabili anche direttamente sul sito www.finanze.it, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sezione “Modulistica”. Per i soggetti che, in ragione delle vigenti norme fiscali, per emolumenti da lavoro dipendente ed assimilati corrisposti da più datori di lavoro, non sono tenuti a presentare la dichiarazione dei redditi, il relativo importo, al lordo delle ritenute, è da intendersi, obbligatoriamente, concorrente anch'esso alla determinazione del reddito dell'intero nucleo familiare.

Si impegna a comunicare prontamente alla Azienda USL, qualsiasi variazione nel reddito e nella composizione del nucleo familiare dichiarato che dia luogo alla decadenza della condizione di reddito in ragione della quale si richiede di poter fruire della esenzione alla compartecipazione alla spesa farmaceutica e di confermare di essere consapevole, oltre che dell'obbligo di risarcire il danno, degli effetti civili, fiscali e penali indicati in premessa, atteso che il beneficio richiesto è esclusivamente rivolto a Soggetti che effettivamente sono nelle condizioni soggettive e di reddito familiare fissati dalla Regione Puglia per il godimento di detta esenzione.

(3) La presente dichiarazione è rilasciata dal sottoscrittore, nella sua qualità di _____, nell'interesse del minore/incapace _____

_____, nato a _____ il _____,
C.F. _____, residente a _____ Prov. _____, Via _____
_____, effettivo beneficiario.

⁽³⁾ Riquadro da compilarsi esclusivamente da parte del genitore o altro soggetto esercitante la patria potestà, per gli assistiti di età inferiore ai 18 anni e, per gli incapaci, dal tutore giudiziario.

Dichiara altresì che il proprio nucleo familiare (costituito, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo N. 124/1998, dal dichiarante, dai familiari conviventi e da quelli considerati a carico ai fini IRPEF) è così composto, compreso lo stesso dichiarante:

[illegible]

Data

Il Dichiarante, letto, confermato e sottoscritto