



Regione Abruzzo

**Azienda Unità Sanitaria Locale 02- Lanciano/Vasto/Chieti**

**AREA DISTRETTUALE 3**

Via Michetti, 86 -66054 VASTO (CH)- tel. 08733081 fax 0873308784

Direttore: dott.ssa Michelina Tascione TEL. 0873 308790



## RICHIESTA DI ESENZIONE TICKET

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per se medesimo

in favore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

il rilascio del tesserino esenzione

il duplicato del tesserino esenzione

l'aggiornamento del tesserino esenzione

il duplicato storico SIS WEB del tesserino di esenzione

l'aggiornamento codici esenzione nuovi LEA 2017

A tal fine allega la seguente documentazione:

Certificazione specialistica  Verbale di invalidità  Cartella Clinica  SDO – Lettera dimissioni Ospedale

Certificazione specialistica Centro Reg.le Malattie Rare

### DICHIARA

- che non esistono revisioni alla percentuale di invalidità acquisita.
- che, qualora dovessero venire meno le condizioni per le quali è stato rilasciato, il tesserino di esenzione verrà **immediatamente restituito** a questa A.S.L.
- che, valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.l. e consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma1, della suddetta normativa, **la residenza è quella sopra indicata.**

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, **acconsente**, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, **al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali** ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### PARERE DEL MEDICO DEL SERVIZIO

COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____	COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____
COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____	COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____
COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____	COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____
COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____	COD. ESENZIONE _____	SCADENZA _____

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

RILASCIATO IN DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_