



REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE
VITERBO



Distretto _____

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ESENZIONE TICKET PER INVALIDITA'

L SOTTOSCRITT /_ _----- nat_ a -----

Prov. (-----) il ----- e residente a -----

Prov. (-----) in Via-----

In caso di delega si allega copia del documento di riconoscimento

CHIEDE

Il rilascio/rinnovo del tesserino attestante il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica, diagnostica di cui alla vigente normativa.

A) DICHIARA DI ESSERE:

- () invalido civile con assegno di accompagnamento
- () invalido civile al.....%
- () invalido del lavoro al.....%
- () invalido di guerra alla.....categoria
- () invalido per servizio alla.....categoria
- () cieco civile
- () sordomuto

B) ALLEGA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'INVALIDITA' DICHIARATA

L'interessato si impegna a riconsegnare il tesserino di esenzione qualora si verificassero delle modificazioni che non permettano più di beneficiare dell'esenzione stessa.

Dichiara che quanto attestato nel presente documento corrisponde al vero e di essere consapevole che dichiarazioni mendaci sono punibili ai sensi del Codice Penale o dalle leggi speciali in materia.

SI AUTORIZZA AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELLA LEGGE N.675/96 PER LE SOLE FINALITA' AMMINISTRATIVE E CLINICHE CONNESSE ALL'ESERCIZIO DEL DIRITTO

DATA..... FIRMA.....

DELEGA AL RITIRO DEL TESSERINO IL/LA SIG.

NATO/A AIL.....RESIDENTE A

VIA.....N.....DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.....

RILASCIATO DA.....IL.....

DATA..... FIRMA.....