



RICHIESTA DI ANNULLAMENTO/REVOCA DELL'ESENZIONE TICKET PER MOTIVI DI REDDITO (E01, E02, E03 ED E04), PER LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI (E99) E PER FAMIGLIE CON ALMENO DUE FIGLI A CARICO FISCALE (FA2)

Io sottoscritto/a (*nome*) _____ (*cognome*) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
codice fiscale _____
residente a _____ Prov. _____ via _____ n. _____
domiciliato a (*se diverso da residenza*) _____ Prov. _____ via _____ n. _____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di

diretto interessato

genitore (*con la potestà legale*) del minore

(*nome*) _____ (*cognome*) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
codice fiscale _____

tutore amministratore di sostegno di

(*nome*) _____ (*cognome*) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
codice fiscale _____

CHIEDO DI ANNULLARE L'ESENZIONE TICKET (a partire da inizio validità annuale)

E01 **E03** **E04** che mi ha attribuito Agenzia delle Entrate

nell'anno _____ in quanto privo dei requisiti per beneficiare di tale esenzione (*specificare*)

E01 **E02** **E03** **E04** **E099** che ho autocertificato

nell'anno _____ attualmente agli atti dell'Azienda USL, consapevole di avere reso una dichiarazione non veritiera rispetto alle condizioni previste dalla normativa, per erronea valutazione della situazione reddituale del mio nucleo familiare o per (*specificare*)

FA2 che mi ha attribuito Agenzia delle Entrate per l'anno _____ in quanto i seguenti componenti del mio nucleo familiare non hanno più diritto all'esenzione ticket

CODICE FISCALE	NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIARANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

CHIEDO DI REVOCARRE L'ESENZIONE TICKET (a partire dalla data indicata)

E02 **E99**

a partire dalla data _____ (indicare la data in cui sono venute meno le condizioni che davano diritto all'esenzione, ad es. ripresa dell'attività lavorativa) in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare) _____

FA2

a partire da _____ (indicare la data di variazione del nucleo familiare ai fini fiscali, ad es. figlio non più a carico) per i seguenti componenti del mio nucleo familiare

CODICE FISCALE	NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIARANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

Data _____ Firma _____

"Informazioni sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679)L'Azienda USL di Parma, in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo per perseguire finalità di interesse pubblico rilevante (finalità amministrative e certificatorie correlate alla cura, attività di controllo) volte al riconoscimento del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket. I dati possono essere comunicati alla Regione Emilia-Romagna, al Ministero dell'Economia e delle Finanze,INPS, Centri per l'Impiego per gli opportuni controlli. L'informazione relativa all'esenzione sarà messa a disposizione dei medici prescrittori per la corretta compilazione della prescrizione medica. I dati sono trattati in modo sicuro e per il tempo strettamente necessario al perseguimento della finalità per la quale sono trattati. Lei può in ogni momento esercitare i diritti in materia di trattamento dei dati (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, reclamo al Garante nei casi previsti dalla legge). Il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato all'indirizzo: dpo@ausl.pr.it . Ulteriori informazioni sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it – sez. Privacy."

Allegare copia di un documento d'identità in corso di validità