



**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 REVOCARE 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](http://www.ausl.pr.it) – sez. Privacy."

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