



RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO ESENZIONE TICKET PER PATOLOGIA CRONICA O INVALIDITÀ

(Tutti i campi devono essere obbligatoriamente compilati)

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____ tel. Cellulare _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

- In qualità di diretto interessato
- In qualità di genitore del minore: _____
- In qualità di tutore/amministratore di sostegno di: _____

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E' PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA:

CHIEDE IL RICONOSCIMENTO DELL'ESENZIONE TICKET PER

patologia cronica

Allegare copia di uno dei seguenti documenti:

- un certificato recente con la diagnosi ed il codice della patologia cronica, rilasciato da un medico specialista di una struttura pubblica.
- cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica;
- del verbale di invalidità;
- della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera privata accreditata, previa valutazione del medico del Distretto sanitario della Azienda sanitaria locale di residenza;
- certificati delle Commissioni mediche degli Ospedali militari;
- certificazioni rilasciate da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea.

invalidità

Allegare copia del verbale rilasciato dalla pertinente commissione medica.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, che le copie dei documenti prodotti (N _____ allegati) sono conformi agli originali.

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 col presente modulo per perseguire finalità amministrative e certificatorie correlate alla cura, volte al riconoscimento del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket e sulla base di un interesse pubblico rilevante. In caso di richiesta, la spedizione dell'attestato tramite posta elettronica avviene in modalità protetta e solo previo rilascio di *specifico consenso*. I dati possono essere comunicati alla Regione Emilia-Romagna in virtù dei flussi informativi previsti dalla legge ed al Medico di Medicina Generale ai fini della 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.

Ai fini della consegna dell'attestato di esenzione:

- autorizzo**
- non autorizzo**

l'Azienda USL a spedire l'attestato al seguente indirizzo personale di posta elettronica:

_____ firma _____
(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Data _____ firma _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

IMPORTANTE: la validità dell'esenzione decorre dalla data riportata sull'attestato.