

MODULO REGIONALE REVOCA AUTOCERTIFICAZIONE FASCIA DI REDDITO

Il sottoscritto:

Cognome Nome Codice Fiscale Nato il / / a Telefono / Residente a Provincia CAP Indirizzo n. In qualità di ☐ Interessato☐ Genitore esercente la potestà CF: ☐ Tutore* di _____ CF: ☐ Interessato stesso con assistenza del curatore.☐ Coniuge, figlio o altro parente in linea diretta o collaterale fino al 3° grado a causa dell'impedimento temporaneo per motivi di salute di_____ CF:

* per tutore si intende anche l'amministratore di sostegno

consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale

CHIEDE di

☐ **REVOCARÉ** la validità della fascia di reddito a partire dalla data / /

Nel caso in cui l'assistito ritenga che sussistano le condizioni reddituali relative ad una diversa fascia di reddito dovrà presentare il relativo modulo di autocertificazione (modulo 4). Nel caso in cui l'assistito ritenga che sussistano le condizioni per beneficiare di esenzione da reddito dovrà presentare il relativo modulo di autocertificazione (modulo 1).

Nel caso in cui l'assistito abbia usufruito dei prestazioni specialistiche e/o farmaceutiche utilizzando il certificato della fascia di reddito revocato dovrà procedere all'autoravvedimento recandosi presso gli sportelli della propria azienda presentando il modulo 6.

Data _____ Firma _____

Si allega copia del documento di identità in corso di validità e della Tessera Sanitaria

Il certificato provvisorio della fascia di reddito viene riconsegnato e ritirato

Consenso al trattamento dati (ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003) I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, i dati inerenti le fasce di reddito e le esenzioni per reddito saranno messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. All'utente competono i diritti previsti da art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione e il blocco degli stessi.

Data _____ Firma _____

Parte riservata al personale della Azienda USL- IDENTIFICAZIONE DEL CITTADINO DICHIARANTE:

Tipo documento _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

L'impiegato addetto _____

La presente autocertificazione viene archiviata e conservata per le successive operazioni di controllo della veridicità delle dichiarazioni rilasciate