

**MODULO REGIONALE
AUTOCERTIFICAZIONE ESENZIONE per REDDITO**

Il/la sottoscritto/a

Cognome

G i c h e r o

Nome

S a b r i n a

Codice Fiscale

G C H S R N 7 2 P 6 7 H 5 0 1 I

Nato il

2 7 / 0 9 / 1 9 7 2

a

R o m a

Telefono

3 3 8 / 7 4 0 6 7 9 4

Residente a

G u b b i o

Provincia

P G

CAP

0 6 0 2 4

Indirizzo

V i a m a e s t à

n.

5 0

In qualità di

☒ Interessato

☐ Genitore esercente la patria potestà di:

CF¹

☐ Tutore² di _____

CF³

☐ 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

1) indicare CF del minore; 2) per tutore si intende anche l'amministratore di sostegno; 3) indicare CF del soggetto

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

DICHIARA

L'appartenenza ad una delle seguenti categorie:

☐ Esente per età e reddito (E01): di età superiore a 65 anni con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, del nucleo familiare fiscale, non superiore a € 36.151,89.

☐ Con figlio minore esente per età e reddito (E01): di età inferiore a 6 anni con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, del nucleo familiare fiscale, non superiore a € 36.151,89. Dati del minore:

Nome _____ Cognome _____ CF:

☒ Disoccupato, già precedentemente occupato, (E02) o familiare a carico con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, del nucleo familiare fiscale inferiore a € 8.263,31 incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni familiare a carico.

Iscritto all'elenco anagrafico del Centro per l'impiego di:

G u b b i o

Dati del disoccupato se diverso da dichiarante:

Nome Sabrina Cognome Gichero CF:

G C H S R N 7 2 P 2 7 H 5 0 1 I

☐ Titolare di pensione sociale (E03) o familiare a carico. Dati del titolare di pensione sociale se diverso da dichiarante:

Nome _____ Cognome _____ CF:

☐ Titolare di pensione minima (E04) o familiare a carico di età superiore a 60 anni e familiari con reddito complessivo lordo riferito all'anno precedente, nucleo familiare fiscale, inferiore a € 8.263,31 incrementato di € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni familiare a carico

Dati del titolare di pensione minima se diverso da dichiarante:

Nome _____ Cognome _____ CF:

CHIEDE

La revoca dell'esenzione ____ (indicare E01, E02, E03, E04) sia essa autocertificata o certificata dal Sistema Tessera Sanitaria.

Il/la sottoscritto/a, dichiara inoltre, qualora si accorga, a posteriori e spontaneamente, di avere sottoscritto, senza averne in realtà diritto, l'autocertificazione per reddito, di richiedere la revoca della stessa (Modello 1) e di provvedere al pagamento delle prestazioni specialistiche e/o farmaceutiche eventualmente fruite nel periodo considerato, presentando il modello di autoravvedimento (Modello 6).

Si informa che i dati sono trattati nel rispetto del Codice della Privacy e s.m.i. e del R.EU 679/2016, come meglio specificato nella informativa visionabile al sito dell'Azienda UsI Umbria 1 <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy> e Azienda UsI Umbria 2 <http://www.uslumbria2.it/pagine/privacy-000>

Data 27 03 23

Firma

Gichero Sabrina

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