



Regione Puglia

Azienda USL

Servizio Sanitario Regionale

Riservato USL	Num.progressivo richiesta	giorno	mese	anno
---------------	---------------------------	--------	------	------

Esito	Firma	Firma
Non Esente		
Totale Nucleo		
Parziale Nucleo		
Totale Assistito		
Parziale Assistito		

### AUTOCERTIFICAZIONE (scrivere in STAMPATELLO)

**DICHIARAZIONE DI SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI CHE DANNO DIRITTO SOGGETTIVO AD ESENZIONE DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA**, redatta ai fini del rilascio della relativa attestazione da parte della Azienda USL, con riferimento alle vigenti disposizioni normative, amministrative e regolamentari della Regione Puglia disciplinanti la materia, con esplicito consenso all'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, per le finalità amministrative e di controllo previste dalle norme di legge e dalle regolamentazioni regionali, di cui in particolare alla Deliberazione della Giunta Regionale 6 Agosto 2005, n. 1198, pubblicata sul BURP n. 101 del 11/08/2005, con decorrenza dal 1° Ottobre 2005, che prevedono accertamenti da parte delle strutture del SSR da compiersi anche con la collaborazione dell'Agenzia delle Entrate del Ministero dell'Economia e delle Finanze,

il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
 C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, giusta allegata fotocopia di proprio documento di identità, di seguito indicato come "Dichiarante", consapevole delle responsabilità civili, fiscali e penali derivanti da dichiarazioni false e mendaci relative alla propria posizione soggettiva ed a quella dei componenti il nucleo familiare, nonché da impropria richiesta di specialità medicinali effettuata al medico curante a nome proprio o di propri familiari CHE NON sono esenti dalla compartecipazione alle spesa farmaceutica, afferma esplicitamente che sono veritiere tutte le dichiarazioni in appresso effettuate e che il richiedente la esenzione (o il beneficiario) appartiene alla seguente categoria:

ESENZIONE TOTALE	ESENZIONE PARZIALE
<input type="checkbox"/> (A) Grande invalido del lavoro (dall'80 al 100%);	<input type="checkbox"/> (I) Componente di nucleo familiare con reddito annuo della famiglia fino a 27.000 Euro, elevabile di 1.000 Euro per ogni figlio a carico;
<input type="checkbox"/> (B) Invalido per servizio (dalla I alla V categoria);	<input type="checkbox"/> (L) Soggetto di età superiore a 65 anni, componente di nucleo familiare con reddito annuo della famiglia fino a 32.000 Euro, elevabile di 1.000 Euro per ogni figlio a carico.
<input type="checkbox"/> (C) Invalido civile al 100% e titolare di pensione di inabilità assoluta e permanente;	<b>ATTENZIONE:</b> trascrivere la lettera e la dicitura dell'esenzione <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> (D) Invalido di guerra titolare di pensione vitalizia;	
<input type="checkbox"/> (E) Titolare di sola pensione sociale (oltre ad eventuale casa di abitazione);	
<input type="checkbox"/> (F) Componente di nucleo familiare con reddito annuo della famiglia fino a 22.000 Euro, elevabile di 1.000 Euro per ogni figlio a carico;	

**Attenzione:** per "reddito del nucleo familiare" si intende il reddito (imponibile) complessivo in Euro dell'intero nucleo familiare rilevante ai fini IRPEF, costituito dai redditi percepiti da tutti i componenti del nucleo, al lordo delle ritenute fiscali. Al fine di evitare erroneità, poiché numerose indennità o rendite (indennità di accompagnamento, pensione di guerra, rendita INAIL, etc.) non rientrano nell'imponibile IRPEF, si faccia riferimento alle istruzioni per la compilazione dei modelli Unico, CUD e 730, consultabili anche direttamente sul sito [www.finanze.it](http://www.finanze.it), del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sezione "Modulistica". Per i soggetti che, in ragione delle vigenti norme fiscali, per emolumenti da lavoro dipendente ed assimilati corrisposti da più datori di lavoro, non sono tenuti a presentare la dichiarazione dei redditi, il relativo importo, al lordo delle ritenute, è da intendersi, **obbligatoriamente**, concorrente anch'esso alla determinazione del reddito dell'intero nucleo familiare.

Si impegna a comunicare prontamente alla Azienda USL, qualsiasi variazione nel reddito e nella composizione del nucleo familiare dichiarato che dia luogo alla decadenza della condizione di reddito in ragione della quale si richiede di poter fruire della esenzione alla compartecipazione alla spesa farmaceutica e di confermare di essere consapevole, oltre che dell'obbligo di risarcire il danno, degli effetti civili, fiscali e penali indicati in premessa, atteso che il beneficio richiesto è esclusivamente rivolto a Soggetti che effettivamente sono nelle condizioni soggettive e di reddito familiare fissati dalla Regione Puglia per il godimento di detta esenzione.

(1) La presente dichiarazione è rilasciata dal sottoscrittore, nella sua qualità di \_\_\_\_\_, nell'interesse del minore/incapace \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
 C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, effettivo beneficiario.

(1) Riquadro da compilarsi esclusivamente da parte del genitore o altro soggetto esercitante la patria potestà, per gli assistiti di età inferiore ai 18 anni e, per gli incapaci, dal tutore giudiziario.

Dichiara altresì che il proprio nucleo familiare (costituito, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo N. 124/1998, dal dichiarante, dai familiari conviventi e da quelli considerati a carico ai fini IRPEF) è così composto, compreso lo stesso dichiarante:

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Relazione Parentela
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		

Data

Il Dichiarante, letto, confermato e sottoscritto