ALLEGATO N.2

Al Direttore Generale
dell'Azienda sanitaria locale: _____
Distretto sanitario di: _____
Sede di: _____

Oggetto: Controdeduzione alla contestazione della autocertificazione del diritto all'esenzioni ticket per motivo di reddito (DM MEF 11.12.2009 - DGRC n.191 del 19.04.2023).

Il/La sottoscritto/a: _____ codice fiscale: _____
nato/a a: _____ il: __/__/____/, residente in: _____
Via: _____ n. ____, E-
mail: _____ telefono
(fisso o mobile): _____,
in qualità di:

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

in merito all'esito NEGATIVO delle verifiche sull'autocertificazione del diritto all'esenzione ticket per motivi di reddito, presentata nell'anno: _____, perché classificata non veritiera (art. 1 comma 10 del D.M. 11.12.2009), che mi sono stato notificato:

- con nota prot. n. _____ in data: __/__/____/, oppure
 - di persona, dall'operatore dell'ufficio per la gestione delle certificazioni di esenzione ticket per motivi di reddito del Distretto sanitario, sede di: _____ in data __/__/____,
- CONSAPEVOLE che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia (art.76 del D.P.R. 445/2000),

CHIEDE

- l'annullamento totale dell'avviso/pratica di pagamento dell'importo di €_____,__ in quanto titolare a far data dal __/__/____/ e fino al __/__/____/ del seguente codice di esenzione: _____; oppure,
- l'annullamento parziale dell'avviso/pratica di pagamento dell'importo di €_____,__, in quanto titolare a far data dal __/__/____/ e fino al __/__/____/ del seguente codice di esenzione:_____.

A tal fine, allega i seguenti documenti (OBBLIGATORI):

- copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, rilasciato dal Comune di _____ (____) in data __/__/____/;
- documentazione attestante lo stato di disoccupazione: _____
- documentazione attestante la titolarità di pensione sociale o di pensione al minimo:

- documentazione attestante il reddito autocertificato (CUD, Mod. 730, Mod. Unico, Certificazione Unica - CU o ex CUD -): _____

altro (da specificare, a supporto di quanto dichiarato): _____

Data e luogo _____

Firma: _____

Informazioni sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679)

La Asl _____, in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo sulla base del Suo consenso al fine di riconoscere il diritto all'esenzione. I dati possono essere comunicati alla Regione Campania, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, INPS, Centri per l'Impiego per gli opportuni controlli. 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).

Lette le informazioni, presto il consenso al trattamento dei dati personali.

Data e luogo _____

Firma: _____