

FACSIMILE



ASL Milano

CODICE FISCALE ASSISTITO

**ESENZIONE DALLA COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI  
ALLA SPESA FARMACEUTICA E PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

**di cui alle Delibere di Giunta n. 15592/2003, n. 10804/2009, n. 11270/2010**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. (.....) il ..... / ..... / .....  
residente in ..... prov. (.....), cap .....  
via ..... n°....., ai fini dell'ottenimento dei benefici di cui alle Delibere di Giunta  
n. 15592/2003, n. 10804/2009, n. 11270/2010

**DICHIARA**

- A) Di essere titolare di pensione sociale;
- B) Di essere titolare di pensione e di appartenere ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno....., non superiore a € 8.263,31, incrementato ad € 11.362,05 in presenza di coniuge fiscalmente a carico e di ulteriori € 516,45 per ogni figlio fiscalmente a carico;
- C) di essere in una delle seguenti condizioni (evidenziare con una X una delle condizioni):
  - Disoccupato/a iscritto/a nelle liste di cui ai Centri per l'impiego;
  - Lavoratore/ricce in mobilità;
  - Lavoratore/ricce in cassa integrazione straordinaria dell'Azienda .....  
..... Comune di ..... Prov. ....
  - Lavoratore/ricce in "cassa integrazione in deroga" dell'Azienda .....  
..... Comune di ..... Prov. ....

D) Che il proprio nucleo familiare, alla data di presentazione della presente dichiarazione, risulta così composto:

	Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	N. Tessera sanitaria	Codice Fiscale	Fiscalmente a carico	
D						
<input type="checkbox"/>					SI	NO
<input type="checkbox"/>					SI	NO
<input type="checkbox"/>					SI	NO
<input type="checkbox"/>					SI	NO
<input type="checkbox"/>					SI	NO
<input type="checkbox"/>					SI	NO

E) di avere barrato le situazioni di cui alle precedenti lettere .....

La/Il sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la presente dichiarazione ha validità per il periodo di durata della condizione, ferma restando la durata massima prevista dalle Delibere di Giunta n. 10804/2009 e n. 11270/2010 e che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000.

IL DICHIARANTE

(luogo e data)

Allegati:

- **copia fotostatica di un documento d'identità del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445;**

### **Informativa ai sensi dell'art. 13 d.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.**

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo n° 196/03, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci e che questo Ente intende trattare in modo anonimo, La informiamo di quanto segue:

- Il trattamento dei dati richiesti è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza per l'ottenimento del beneficio.
- Il trattamento può essere effettuato con mezzi automatizzati e non.
- Le informazioni richieste con la presente modulistica sono necessarie all'evasione della pratica afferente l'istanza di esenzione.
- Nella sua qualità di interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del d.Lgs n° 196/03.
- Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente pro tempore della Giunta Regionale.

### **Soggetti beneficiari**

- Possono beneficiare dell'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica:
  - A) I titolari di pensione sociale;
  - B) I titolari di pensione ed i familiari a loro carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo, riferito all'anno precedente non superiore a € 8.263,31, incrementato ad € 11.362,05 in presenza di coniuge fiscalmente a carico e di ulteriori € 516,45 per ogni figlio fiscalmente a carico. Ai fini dell'esenzione per motivi di reddito, è necessario prendere in considerazione il reddito complessivo del nucleo familiare (somma dei redditi dei singoli membri del nucleo), riferito all'anno precedente. Nello specifico il reddito complessivo da considerare è quello che risulta dall'ultima dichiarazione dei redditi per la quale è scaduto il termine di presentazione.
  - C) Le categorie indicate alla lettera C. del modulo di autocertificazione e i familiari fiscalmente a loro carico, senza limiti di reddito, dal momento in cui si verifica una delle condizioni indicate ed ha validità per tutto il periodo di durata di tale condizione, ferma restando la durata massima prevista dalle Delibere di Giunta n. 10804/2009 e n. 11270/2010.
- Possono beneficiare dell'esenzione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:
  - le categorie indicate alla lettera C. del modulo di autocertificazione e i familiari fiscalmente a loro carico, senza limiti di reddito, dal momento in cui si verifica una delle condizioni indicate ed ha validità per tutto il periodo di durata di tale condizione, ferma restando la durata massima prevista dalle Delibere di Giunta n. 10804/2009 e n. 11270/2010.

### **Definizione del nucleo familiare**

#### **1) Fanno parte del nucleo familiare:**

- I soggetti componenti il nucleo familiare ai sensi dell'articolo 1 del DM Sanità 22 gennaio 1993, pubblicato sulla G.U. del 27 gennaio 1993, Serie Generale n. 21.
- I soggetti a carico ai fini IRPEF di uno dei componenti il nucleo familiare di cui al punto precedente, anche se componenti di altra famiglia anagrafica, quando un soggetto risulta a carico ai fini IRPEF di più persone, si considera, tra quelle di cui è a carico, come componente il nucleo familiare:
  - a) della persona della cui famiglia anagrafica fa parte;
  - b) se non fa parte della famiglia anagrafica di alcuna di esse, della persona tenuta agli alimenti ai sensi degli articoli 433 e seguenti del codice civile, secondo l'ordine ivi previsto; in presenza di più persone obbligate agli alimenti nello stesso grado, si considera componente il nucleo familiare di quella tenuta in misura maggiore ai sensi dell'articolo 441 del codice civile.
- I coniugi, anche se con diversa residenza anagrafica e anche se risultano a carico ai fini IRPEF di altre persone.
- Il figlio minore di anni 18, anche se a carico ai fini IRPEF di altre persone, fa parte del nucleo familiare del genitore con il quale risulta residente.
- Il minore che si trova in affidamento preadottivo, ovvero in affidamento temporaneo presso terzi disposto o reso esecutivo con provvedimento del giudice, fa parte del nucleo familiare dell'affidatario, ancorché risulti in altra famiglia anagrafica o risulti a carico ai fini IRPEF di altro soggetto.
- Il minore in affidamento e collocato presso comunità o istituti di assistenza è considerato nucleo familiare a sé stante.
- Il soggetto che si trova in convivenza anagrafica ai sensi dell'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223, è considerato nucleo familiare a sé stante, salvo che debba essere considerato componente del nucleo familiare del coniuge, ovvero del nucleo familiare della persona di cui è a carico ai fini IRPEF, come indicato nelle presenti istruzioni. Se della medesima convivenza anagrafica fanno parte il genitore e il figlio minore, quest'ultimo è considerato componente dello stesso nucleo familiare del genitore.

#### **2) I coniugi non fanno parte dello stesso nucleo familiare quando:**

- È stata pronunciata separazione giudiziale o è intervenuta l'omologazione della separazione consensuale ai sensi dell'articolo 711 del codice di procedura civile, ovvero è stata ordinata la separazione ai sensi dell'articolo 126 del codice civile.
- La diversa residenza è consentita a seguito dei provvedimenti temporanei ed urgenti di cui all'articolo 708 c.p.c.
- Uno dei coniugi è stato escluso dalla potestà sui figli o è stato adottato, ai sensi dell'articolo 333 del codice civile, il provvedimento di allontanamento dalla residenza familiare.
- Si è verificato uno dei casi di cui all'articolo 3 della legge, 1° dicembre 1970, n. 898, e successive modificazioni, ed è stata proposta domanda di scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio.
- Sussiste abbandono del coniuge, accertato in sede giurisdizionale o dalla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali.

### Istruzioni per la compilazione

- 1) Ai fini dell'individuazione del soggetto dichiarante dovrà essere compilato, in ogni sua parte, il riquadro relativo ai dati anagrafici e di residenza del dichiarante medesimo.
- 2) Ai fini dell'individuazione della categoria di appartenenza del soggetto interessato alla agevolazione, il dichiarante dovrà barrare, le caselle previste alle lettere **A**, **B** e **C**, relative alla propria condizione.
- 3) Relativamente alle indicazioni della lettera **D** il riquadro sottostante, inerente la composizione del nucleo familiare, dovrà essere così compilato:
  - a) La prima riga è relativa ai dati del dichiarante che dovrà indicare nelle caselle dedicate:
    - Il proprio cognome e nome
    - Il luogo e la data di nascita
    - Il numero della propria tessera sanitaria
    - Il proprio codice fiscale
  - b) Le righe successive, relative ai componenti il nucleo familiare, dovranno riportare nelle caselle dedicate:
    - Nella prima casella indicare se trattasi di C = Coniuge, F = Figlia/o, A = Altro
    - Il cognome e nome del familiare
    - Il luogo e la data di nascita del familiare
    - Il numero della tessera sanitaria del familiare
    - Il codice fiscale del familiare
    - Barrare la casella relativa alla situazione di carico fiscale del familiare
- 4) Relativamente alle indicazioni della lettera **E**, il dichiarante dovrà, espressamente, indicare quale fra le caselle **A**, **B** e **C** abbia barrato, ciò al fine di evitare contenziosi relativi ad ipotetiche aggiunte a quanto dichiarato dall'interessato.
- 5) Compilare i campi relativi alla data e luogo nonché provvedere alla sottoscrizione della dichiarazione. Ai fini della autentica della sottoscrizione il dichiarante dovrà allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità. **Si evidenzia che le dichiarazioni prive di sottoscrizione o della copia del documento di identità del dichiarante non potranno essere, accettate dai competenti uffici.**

FACSIMILE



Certificazione di esenzione dalla compartecipazione

- alla spesa farmaceutica**
- alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**  
di cui alle Delibere di Giunta n. 15592/2003, n. 10804/2009, n. 11270/2010

La presente certificazione esenta dalla compartecipazione di cui sopra i seguenti cittadini:

Cognome	Nome	Codice Fiscale
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La presente certificazione ha validità per il periodo di durata della condizione che ne determina il relativo diritto, ferma restando la durata massima prevista dalle Delibere di Giunta n. 10804/2009 e n. 11270/2010.

\_\_\_\_\_ luogo e data

timbro e firma del responsabile ASL