



Autocertificazione del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket E99 per LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI ECONOMICA (DGR 1036/09 e modifiche)

Il/la sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a il _____ a _____ tel. Cellulare _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

In qualità di diretto interessato

In qualità di genitore del minore

In qualità di tutore/amministratore di sostegno di _____

CONSAPEVOLE CHE, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI NON VERE E' PUNITO DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA.

DICHIARO DI AVERE PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA ALLEGATA E DI AVERE DIRITTO ALL'ESENZIONE TICKET E99 PERCHE' SONO NELLA SEGUENTE CONDIZIONE:

1	<p>Ho perso il lavoro dopo il 1 Ottobre 2008, in particolare:</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso un lavoro a tempo indeterminato alle dipendenze presso _____ (indicare per esteso denominazione ditta o nominativo datore di lavoro se privato)</p> <p>Comune _____ prov. _____ Via _____</p> <p>dal _____ / _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso la precedente attività lavorativa in qualità di lavoratore parasubordinato a tempo indeterminato</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso la precedente attività lavorativa autonoma (P.IVA e Iscr. CC) P. IVA _____ Iscr. CC _____</p> <p>dal _____ / _____ / _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ho presentato Dichiarazione di Immediata Disponibilità (D.I.D.) il _____ al Portale Nazionale Lavoro.</p> <p><input type="checkbox"/> Ho verificato che il mio "stato di disoccupazione" (ai sensi del D.Lgs 150/2015) alla data odierna risulta in corso di validità, così come risulta dal "Patto di Servizio Personalizzato" da me sottoscritto con il Centro Per l'Impiego di _____</p>
----------	---

2	<p><input type="checkbox"/> sono in cassa integrazione ordinaria, straordinaria o in deroga e percepisco una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, che non supera i limiti di reddito mensili previsti dalla legge 427/1980 e fissati ogni anno dell'INPS.</p>
----------	---

3	<p><input type="checkbox"/> ho un contratto di solidarietà e percepisco una retribuzione, comprensiva della integrazione salariale, che non supera i limiti di reddito mensili previsti dalla Legge 427/1980 e fissati ogni anno dall'INPS.</p>
----------	---

4	<p><input type="checkbox"/> sono familiare a carico di _____ (Cognome e Nome) _____ (Codice Fiscale) _____</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;">che si trova nella condizione</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><i>(barrare una delle 4 condizioni indicate nei riquadri precedenti)</i></td> </tr> </table>	che si trova nella condizione	1	2	3	4	<i>(barrare una delle 4 condizioni indicate nei riquadri precedenti)</i>				
che si trova nella condizione	1	2	3	4							
<i>(barrare una delle 4 condizioni indicate nei riquadri precedenti)</i>											

La dichiarazione ha validità ai fini dell'esenzione E99 dalla data di presentazione fino al 1° Marzo dell'anno successivo alla dichiarazione.
SE IN QUALUNQUE MOMENTO, SI MODIFICA LA CONDIZIONE CHE HO DICHIARATO (ad esempio riprendo il lavoro), MI IMPEGNO A COMUNICARLO IMMEDIATAMENTE ALL'AZIENDA USL.

Data _____ Firma _____

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

L'Azienda USL, 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 "E99". I dati possono essere comunicati alla Regione Emilia-Romagna, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, INPS, Centri per l'Impiego per gli opportuni controlli. L'informazione relativa all'esenzione sarà messa a disposizione dei medici prescrittori per la corretta compilazione della prescrizione medica. 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). Ulteriori specifiche sono consultabili sul sito dell'Azienda USL - sez. Privacy.

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

Data _____ Firma _____

INFORMAZIONI UTILI PER LA COMPILAZIONE

Esenzione in vigore **ESCLUSIVAMENTE PER I CITTADINI RESIDENTI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

I requisiti per fruire dell'esenzione devono essere posseduti al momento della prescrizione medica e il codice esenzione deve comparire sulla ricetta.

STATO DI DISOCCUPAZIONE (condizione 1)	Condizione necessaria: inizio della disoccupazione dal 01/10/2008
Ha perso il lavoro alle dipendenze a tempo indeterminato	SI'
Ha perso un lavoro a tempo determinato	NO Non previsto
Ha perso un lavoro per dimissioni spontanee	NO Non previsto
Ha perso un lavoro autonomo/libero professionale	SI'
Ho perso un lavoro parasubordinato	SI'
E' in cassa integrazione / ha un contratto di solidarietà,	SI' se non supera i limiti di reddito fissati ogni anno dall'Inps
HA PRESENTATO DICHIARAZIONE DI IMMEDIATA DISPONIBILITÀ (D.I.D.) AL PORTALE NAZIONALE LAVORO/CENTRO PER L'IMPIEGO (condizione 1) disoccupato	SI'
Nota Bene: Una volta acquisito lo stato di disoccupazione, saranno i centri per l'impiego a verificare, sulla base delle dichiarazioni delle persone, la conservazione, sospensione o decadenza dello stato stesso.	
REDDITO	
Per il disoccupato (condizione 1)	Non esiste soglia di reddito (deve essere un lavoratore privo di impiego che ha rilasciato la DID o ha un percorso di politiche attive al Centro per l'impiego)
E' attualmente in cassa integrazione (condizione 2) o titolare di un contratto di solidarietà (condizione 3)	SI' , a condizione di non superare i limiti di reddito fissati di anno in anno dall'INPS*; il reddito considerato è quello individuale nell'anno in corso.
ESTENSIONE AI FAMILIARI (condizione 4)	L'esenzione è estesa ai familiari a carico dei soggetti sopra descritti. I familiari a carico** sono quelli non fiscalmente indipendenti, per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali, perché il loro reddito è inferiore a € 2.840,51

* i **limiti di reddito** definiti per l'anno in corso sono disponibili sul sito regionale al link <https://guidaservizi.fascicolo-sanitario.it/dettaglio/prestazione/3154704>

** Sono familiari a carico:

il coniuge non legalmente ed effettivamente separato,

i figli anche naturali e/o adottati, affidati o affiliati anche se non conviventi e residenti all'estero

- con reddito non superiore a € 2.840,51, senza limiti di età
- con reddito non superiore a € 4.000,00, fino a 24 anni di età

Altri familiari conviventi a carico:

a) il coniuge legalmente ed effettivamente separato; b) i discendenti dei figli; c) i genitori e gli ascendenti prossimi, anche naturali; d) i genitori adottivi; e) i generi e le nuore; f) il suocero e la suocera; g) i fratelli e le sorelle, anche unilaterali

Le persone, pur conviventi, che dispongono di redditi propri costituiscono, con l'eccezione del coniuge, nuclei familiari autonomi.

Per ulteriori informazioni sui requisiti per l'esenzione dal ticket e sui tetti massimi di reddito consultare le Risposte alle domande più frequenti (FAQ) sul sito Salute della Regione Emilia-Romagna.