

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO/REVOCA DELL'ESENZIONE TICKET PER  
MOTIVI DI REDDITO (E01, E02, E03 ED E04), PER LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI (E99)  
E PER FAMIGLIE CON ALMENO DUE FIGLI A CARICO FISCALE (FA2)**

Io sottoscritto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ domiciliato a (se  
diverso da residenza) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di**

diretto interessato

genitore (con la potestà legale) del minore

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

tutore  amministratore di sostegno di

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ nato/a il

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ codice fiscale

**CHIEDO DI ANNULLARE L'ESENZIONE TICKET** (a partire da inizio validità annuale)

**E01**  **E03**  **E04** che mi ha attribuito **Agenzia delle Entrate**

Nell'anno \_\_\_\_\_ in quanto privo dei requisiti per beneficiare di tale esenzione (specificare)

**E01**  **E02**  **E03**  **E04**  **E099** che ho autocertificato

nell'anno \_\_\_\_\_ attualmente agli atti dell'Azienda USL, consapevole di avere reso una dichiarazione non veritiera rispetto alle condizioni previste dalla normative, per erronea valutazione della situazione reddituale del mio nucleo familiare o per (specificare) \_\_\_\_\_

**FA2 che mi ha attribuito Agenzia delle Entrate per l'anno \_\_\_\_\_** in quanto i seguenti componenti del mio nucleo familiare non hanno più diritto all'esenzione ticket

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIANANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

**CHIEDO DI REVOCARE L'ESENZIONE TICKET** (a partire dalla data indicata)

**E02**    **E99**

a partire dalla data \_\_\_\_\_ (indicare la data in cui sono venute meno le condizioni che davano diritto all'esenzione, ad es. ripresa dell'attività lavorativa) in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FA2**

a partire da \_\_\_\_\_ (indicare la data di variazione del nucleo familiare ai fini fiscali, ad es. figlio non più a carico) per i seguenti componenti del mio nucleo familiare

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA
		DICHIANANTE
		CONIUGE
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A
		FIGLIO/A

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

I dati da lei forniti tramite questo modulo, compresi i suoi recapiti (numero di telefono e indirizzo e-mail), saranno registrati nell'Anagrafe Sanitaria Regionale per futuri utilizzi previsti dalla legge. L'informativa specifica sul trattamento dei dati personali nell'ambito dell'Anagrafe Sanitaria Regionale è disponibile on line sul sito dell'azienda USL di riferimento.