

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI VIBO VALENTIA**

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia -



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI FINI
DELL'ESENZIONE DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA**
(D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a
il.....

- in proprio**
- in qualità di del/della**
nato/a a il

consapevole della responsabilità civile, penale e amministrativa prevista, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità personale:

- di avere diritto all'esenzione**
- che il/la signor/a ha diritto all'esenzione**

dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (D.G.R. del 5 maggio 2009, n. 247) in quanto soggetto con un reddito complessivo annuo per nucleo familiare fino a € 10.000, attestato tramite l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);

Data.....

Firma.....

N.B.

1. trattamento dei dati personali: decreto legislativo 30 giugno 2003, 196: i dati personali forniti dal dichiarante delle presenti dichiarazioni sono trattati esclusivamente ai fini del procedimento di cui trattasi;
2. la normativa sulle dichiarazioni sostitutive si applica ai cittadini italiani e dell'Unione Europea.
3. l'ASP di Vibo Valentia si riserva di effettuare il controllo ai sensi dell'art. 71 e per gli effetti degli artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive sottoscritte e prodotte dagli interessati.