



DOMANDA DI ESENZIONE PER REDDITO DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA
PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

periodo 1° luglio 2010 – 30 giugno 2011

Domanda di esenzione n. _____

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____

Nato/a in provincia di _____, comune
o stato estero _____, il __/__/____

Residente oppure Straniero Regolarmente Soggiornante in provincia di _____ comune

Codice Fiscale _____, N. Telefono _____ (Facoltativo)

DOMANDA

per sé e per il proprio nucleo familiare rilevante per DSU/ISEE e così composto:

Componenti:

- Tipo di partecipazione(*):

<input type="checkbox"/>	D –dichiarante
<input type="checkbox"/>	C-coniuge
<input type="checkbox"/>	F-figlio minore o minore affidato
<input type="checkbox"/>	I-soggetto a carico ai fini IRPEF
<input type="checkbox"/>	N-coniuge e figli non presenti nello stato di famiglia
<input type="checkbox"/>	P-altra persona presente nello stato di famiglia
<input type="checkbox"/>	R–responsabile del mantenimento del dichiarante

(*) (Per codici componenti nucleo familiare, vedi quadro F2 foglio allegato a D.S.U.: es. D – Dichiarante; C – Coniuge ecc.)

1. Tipo di partecipazione _____

Cognome e nome _____

Nato/a in provincia di _____,

comune o stato estero _____, il __/__/____

Residente oppure Straniero Regolarmente Soggiornante in provincia di _____,

Comune _____

Codice Fiscale _____, E.A.T.

2. Tipo di partecipazione _____

Cognome e nome _____

Nato/a in provincia di _____,

comune o stato estero _____, il __/__/____

Residente oppure Straniero Regolarmente Soggiornante in provincia di _____,

comune _____

Codice Fiscale _____, E.A.T.

3. Tipo di partecipazione _____

Cognome e nome _____

Nato/a in provincia di _____,

comune o stato estero _____, il __/__/____

Residente oppure Straniero Regolarmente Soggiornante in provincia di _____,

comune _____

Codice Fiscale _____, E.A.T.

4. Tipo di partecipazione _____

Cognome e nome _____

Nato/a in provincia di _____,

comune o stato estero _____, il __/__/____

Residente oppure Straniero Regolarmente Soggiornante in provincia di _____,

comune _____

Codice Fiscale _____, E.A.T.

di essere esentato/i

per motivi di reddito, non superiore a € 12.000,00= ai sensi della deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. _____ del _____ .

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre che lo stesso e/o altro componente del nucleo familiare risulta/no esente/i per altri motivi ¹ previsti in D.G.R. n. 6 del 21/01/2003 e successive modificazioni e integrazioni, da evidenziarsi con EAT (Esente Altro Titolo) di fianco al/i nominativo/i d'interesse.

La presente dichiarazione è resa dal dichiarante in nome e per conto del richiedente

incapace

in qualità di componente del nucleo familiare

DATI ANAGRAFICI DEL SOTTOSCRITTORE

COGNOME: _____ , NOME: _____

PROV: _____ ,

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA: _____

DATA DI NASCITA: __/__/____ , pref. e n. telefonico (facoltativo): _____

PROV: _____ , COMUNE

DI RESIDENZA: _____

INDIRIZZO: _____ , N. _____ , CAP: _____

Luogo _____

data __/__/____

(sottoscrizione del dichiarante - estremi documento
di riconoscimento)

Denominazione e Codice dell'Ente ricevente _____ (_____)

Firma addetto _____

1

- Gli invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie;
- Gli invalidi civili al 100%;
- I ciechi ex art. 6 della L. 482/68;
- Sordomuti ex art. 7 della L. 482/68;
- Invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza;
- I grandi invalidi di lavoro;
- Gli invalidi di servizio di 1^a categoria;
- I danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, e somministrazioni emoderivati;
- Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata;
- perseguitati politici italiani antifascisti o razziali e loro familiari superstiti titolari di assegno vitalizio di benemerenzza ex art.6, c. 2 della L.n. 284/1961 e art. 3, c. 2 della L. 261/67
- Pazienti in trattamento con i farmaci analgesici oppiacei, nella terapia del dolore di cui all'art. 43, comma 3 bis del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope di cui al D.P.R. 9 ottobre 1999, n. 309 e successive modificazioni relativamente alle prescrizioni disciplinate dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12.
- Soggetti in possesso di esenzione per malattia rara in base a D.M. n. 279/2001
“Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera b), del D.L.vo 29 aprile 1998 n. 124”
- Soggetti in possesso di esenzione per patologia in base al D.M. 28 maggio 1999 n. 329
“Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche invalidanti ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera a), del D.L.vo 29 aprile 1998 n. 124” aggiornato dal decreto 21 maggio 2001 n. 296”.
- Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata di cui alla legge 206/2004
- Le vittime del dovere di cui al DPR 243/2006.