



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale - 9^a legislatura

ALLEGATO D Dgr n.

del

pag. 1/1



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

ATTESTAZIONE DI ESENZIONE PER REDDITO DALLA COMPARTECIPAZIONE
alla spesa per l'assistenza farmaceutica

PERIODO DI VALIDITÀ 1° LUGLIO 2010 – 30 GIUGNO 2011

Attestazione di esenzione n. _____ 6R2 Codice regionale di esenzione
(prot. univoco)

Al/Alla Sig./Sig.ra

COGNOME _____

NOME _____

Nato/a a _____ il _____

Residente oppure Straniero regolarmente soggiornante a _____
(Denominazione Comune e Codice ISTAT)

Codice Fiscale _____

N. Telefono _____ (Facoltativo)

Vista la domanda di esenzione n. _____
(prot. univoco)

SI ATTESTA

che il reddito ISEE rilevato dall'Attestazione ISEE con prot. n. _____ del _____ risulta non superiore a € 12.000,00.=, e ai sensi della D.G.R. n. _____ del _____ consente l'esenzione per motivi di reddito dalla compartecipazione alla spesa (quota fissa) per l'assistenza farmaceutica.

La presente attestazione di esenzione è valida per il periodo dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2011

Luogo di rilascio _____

Data di rilascio _____

Denominazione e Codice dell'Ente che effettua il rilascio _____

Firma dell'Addetto _____



FIQU



99999999