



Distretto _ _ _ _

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ESENZIONE TICKET PER
INVALIDITA'**

L SOTTOSCRITT_ nat_ a

Prov. (- - - - -) ii e residente a

Prov. (- - - - -) in Via

In caso di delega si allega copia del documento di riconoscimento

CHIEDE

Il rilascio/rinnovo del tesserino attestante il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica, diagnostica di cui alla vigente normativa.

A) DICHIARA DI ESSERE:

() invalido civile con assegno di accompagnamento ()

invalido civile al.....%

() invalido del lavoro al.....%

() invalido di guerra alla..... categoria

() invalido per servizio alla..... categoria

() cieco civile

() sordomuto

B) ALLEGA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'INVALIDITA' DICHIARATA

L'interessato si impegna a riconsegnare il tesserino di esenzione qualora si verificassero delle modificazioni che non permettano di beneficiare più dell'esenzione stessa.

Dichiara che quanto attestato nel presente documento corrisponde al vero e di essere consapevole che dichiarazioni mendaci sono punibili ai sensi del Codice Penale o dalle leggi speciali in materia.

**SI AUTORIZZA AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELLA LEGGE N.675/96 PER LE
SOLE FINALITA' AMMINISTRATIVE E CLINICHE CONNESSE ALL'ESERCIZIO DEL DIRITTO**

DATA.....

FIRMA

DELEGA AL RITIRO DEL TESSERINO IL/LA SIG.....

NATO/A AIL.....RESIDENTE A

VIA.....N.....DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.....

RILASCIATO DA.....IL.....

DATA.....

FIRMA