



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO/REVOCA DELL'ESENZIONE TICKET PER
MOTIVI DI REDDITO (E01, E02, E03 ED E04)
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 (che esercita la responsabilità genitoriale)

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 l'Agenzia delle Entrate**

nell'anno _____ in quanto privo dei requisiti per beneficiare di tale esenzione (specificare)

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

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

☐ **FA2 che è stata riconosciuta per l'anno _____** in quanto i seguenti minori del mio nucleo familiare non hanno più diritto a questa esenzione ticket

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA

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

☐ **E02**

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, modifica della situazione reddituale) 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 minori

CODICE FISCALE	NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA

Attenzione! Si ricorda che il diritto all'esenzione FA2 resta valido solo in presenza di almeno 2 figli a carico e per i soli minori di età inferiore a 15 anni

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 su www.ausl.mo.it/informative-privacy. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a dpo@ausl.mo.it

Come presentare la richiesta

Può presentare la sua richiesta in diversi modi:

- di persona
- per posta elettronica ordinaria o certificata all'indirizzo sportelloonline@pec.ausl.mo.it

Ricordi che soltanto scrivere da un indirizzo PEC garantisce la riservatezza dei dati e la certezza di consegna del messaggio.

ATTENZIONE!

- Se delega un'altra persona a presentare la sua richiesta, deve compilare anche il "Modulo di delega".
- Se la richiesta è presentata presso una farmacia, la farmacia provvede a inviare la richiesta all'Azienda USL di Modena tramite fax o posta elettronica (a un indirizzo non PEC).

Quali documenti allegare

È necessario allegare una copia di un **documento** d'identità in corso di validità.