



## Autocertificazione del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket E99 per LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI ECONOMICA (DGR 1390/2025)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- in qualità di diretto interessato  
 in qualità di genitore del minore \_\_\_\_\_  
 in qualità di tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, il rilascio di dichiarazioni non vere è punito dal codice penale e dalle leggi speciali in materia

### DICHIARO DI AVERE PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA ALLEGATA E DI AVERE DIRITTO ALL'ESENZIONE TICKET E99 PERCHÈ SONO NELLA SEGUENTE CONDIZIONE:

- a) essere residente in un Comune dell'Emilia-Romagna;  
b) possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente pari o inferiore a 15.000 €;  
c) essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti, al momento della dichiarazione (barrare la condizione di appartenenza):
- essere privo di lavoro e possedere entrambe le seguenti caratteristiche dopo l'1/01/2015:
- aver perso involontariamente un lavoro dipendente a tempo indeterminato non intermittente oppure aver cessato un'attività di lavoro autonomo esercitata tramite la titolarità di una P.IVA;
  - non essersi mai rioccupato, in un periodo successivo all'evento di cui al punto precedente, con altro lavoro dipendente a tempo indeterminato non intermittente o con attività di lavoro autonomo diversa dalle forme parasubordinate o occasionali;

Ai fini della dichiarazione di cui sopra si indica che l'ultimo rapporto di lavoro a tempo indeterminato non intermittente è intercorso con il datore di lavoro la cui Ragione Sociale è \_\_\_\_\_ il cui Codice Fiscale è \_\_\_\_\_ il rapporto è cessato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per una motivazione diversa dalla mia volontà.

oppure

l'ultima attività di lavoro autonomo è stata esercitata mediante la titolarità della seguente P.IVA \_\_\_\_\_ con relativa iscrizione alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e cessazione intervenuta il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- essere un lavoratore sospeso da un rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato con intervento di un trattamento di integrazione salariale ordinario, straordinario o in deroga

Ai fini della dichiarazione di cui sopra si indica che il rapporto di lavoro a tempo indeterminato attualmente in essere con il datore di lavoro la cui Ragione Sociale è \_\_\_\_\_ il cui Codice Fiscale è \_\_\_\_\_ risulta attualmente sospeso con intervento del seguente trattamento di integrazione salariale: \_\_\_\_\_

- essere un familiare a carico di:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_  
che si trova nella seguente condizione tra le due precedentemente illustrate:

- 1 - Perdita del lavoro  
 2 - Sospensione dal lavoro

La dichiarazione ha validità ai fini dell'esenzione E99 dalla data di presentazione fino al 31 marzo dell'anno successivo (fatta salva la proroga delle misure di cui alla DGR 1390/2025).

SE IN QUALUNQUE MOMENTO, SI MODIFICA LA CONDIZIONE CHE HO DICHIARATO (ad esempio riprendo il lavoro), MI IMPEGNO A COMUNICARLO IMMEDIATAMENTE ALL'AZIENDA USL.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

### Informazioni sul trattamento dei dati personali – art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR

L'Azienda USL, in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo sulla base del Suo consenso al fine di riconoscere il diritto all'esenzione "E99". I dati possono essere comunicati alla Regione Emilia-Romagna, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, INPS, Centri per l'Impiego per gli opportuni controlli. L'informazione relativa all'esenzione sarà messa a disposizione dei medici prescrittori per la corretta compilazione della prescrizione medica. I dati sono trattati in modo sicuro e per il tempo strettamente necessario al perseguimento della finalità per la quale sono trattati. Lei può in ogni momento esercitare i diritti in materia di trattamento dei dati (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, reclamo al Garante nei casi previsti dalla legge). Ulteriori informazioni sono consultabili sul sito dell'Azienda USL - sezione Privacy. 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](http://www.ausl.mo.it/informative-privacy). Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a [dpo@ausl.mo.it](mailto:dpo@ausl.mo.it)

Lette le informazioni, presto il consenso al trattamento dei dati personali.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

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

## INFORMAZIONI UTILI PER LA COMPILAZIONE

### Esenzione in vigore **ESCLUSIVAMENTE PER I CITTADINI RESIDENTI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

I requisiti per fruire dell'esenzione devono essere posseduti al momento della prescrizione medica e il codice esenzione deve comparire sulla ricetta.

#### Condizione 1 – Perdita del lavoro

Condizione	Spiegazione
<b>Perdita del lavoro</b>	Trovarsi al momento della dichiarazione senza alcuna attività di lavoro dipendente o autonomo e aver avuto in precedenza tutte queste situazioni: <ul style="list-style-type: none"><li>dopo l'1/01/2015 una cessazione involontaria da un rapporto dipendente a tempo indeterminato, non nella forma del lavoro intermittente oppure una cessazione di un'attività di lavoro autonomo esercitata tramite la titolarità di una P.IVA;</li><li>tra il momento della cessazione di cui al punto precedente e il momento dell'attuale dichiarazione non aver avuto altri rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato non intermittente o altre attività di lavoro autonomo diversa dalle forme parasubordinate o occasionali;</li></ul>
<b>Reddito</b>	possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente pari o inferiore a 15.000 €;

#### Condizione 2 – Sospensione dal lavoro

Condizione	Spiegazione
<b>Sospensione dal lavoro con integrazione salariale</b>	lavoratori sospesi da un rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato con intervento di un trattamento di integrazione salariale ordinario, straordinario o in deroga;
<b>Reddito</b>	possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente pari o inferiore a 15.000 €;

#### Condizione 3 – Familiare a carico

Condizione	Spiegazione
<b>Familiare a carico</b>	Si intende il familiare a carico fiscale ai sensi dell'art. 12 del DPR 917/1986 di una persona che rientra nelle condizioni 1 o 2 di cui sopra.
<b>Reddito</b>	Per essere a carico fiscalmente di un altro familiare il DPR 917/1986 prevede un reddito non superiore a Euro 2.840,51, maggiorato a Euro 4.000, 00 per i figli fino a 24 anni di età.

Per ulteriori informazioni sui requisiti per l'esenzione dal ticket e sui tetti massimi di reddito consultare le Risposte alle domande più frequenti (FAQ) sul sito Salute della Regione Emilia-Romagna.