



Autocertificazione del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket E99 per LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI ECONOMICA (DGR 506/2024)

lo 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, per l'anno 2024/2025, 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'01/10/08, 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 rioccupati, 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: _____

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 alla dichiarazione**.
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. Può comunicare la variazione dei suoi recapiti scrivendo a 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
Perdita del lavoro	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">dopo l'01/10/2008 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;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;
Reddito	possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente, per l'anno 2024/2025, pari o inferiore a 15.000 €;

Condizione 2 – Sospensione dal lavoro

Condizione	Spiegazione
Sospensione dal lavoro con integrazione salariale	lavoratori sospesi da un rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato con intervento di un trattamento di integrazione salariale ordinario, straordinario o in deroga;
Reddito	possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente, per l'anno 2024/2025, pari o inferiore a 15.000 €;

Condizione 3 – Familiare a carico

Condizione	Spiegazione
Familiare a carico	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.
Reddito	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.