



REGIONE  
PIEMONTE

*Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità,  
Programmazione Socio-Sanitaria  
di concerto con l'Assessore al Welfare*

**ISTANZA PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DALLA  
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

Il rilascio dell'attestato di esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica per sé e per i familiari sottoelencati. A tal fine, ai sensi dell' art. 46 D.P.R.445/2000 in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- di appartenere ad un nucleo familiare con reddito non superiore a 36.151,98 euro (risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi o modelli CUD) al lordo degli oneri deducibili

- che il proprio nucleo familiare, inteso secondo la normativa fiscale (e non anagrafica), è così composto:

cognome e nome	Codice fiscale	Data nascita	Rapporto parentela

Il/la sottoscritto/a autorizza l'A.S.L. al trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 per gli adempimenti connessi all'espletamento del procedimento.

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_