



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.**  
**appartenenza categorie socio-economiche**  
**aventi diritto all'esenzione per le cure odontoiatriche**

Data ..... / ..... / .....

luogo .....

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... provincia (o stato estero) ..... il .... / .... / ..... e

residente a ..... provincia .....

in ..... n° ..... telefono .....

documento di identità ..... n° ..... data rilascio .... / .... / .....

rilasciato da .....

DICHIARA di appartenere ad una delle sottoindicate categorie:

 Pazienti sottoposti a terapia del dolore **TDL01**.

Cittadini e i familiari a carico, purché il reddito complessivo (riferito all'anno precedente) del nucleo familiare fiscale da essi formato non sia superiore a € 8.263,31 oppure a € 11.362,05 in presenza del coniuge. Tali cifre vanno incrementate di € 516,45 per ogni figlio a carico: ad esempio, con un figlio a carico, il reddito complessivo non dovrà superare € 8.779,76, se i figli a carico sono due € 9.296,21 etc. Nel reddito complessivo non vanno computati gli assegni di accompagnamento. **(Questa categoria paga la quota Ticket)**

Pensionati ultrasessantacinquenni e i familiari a carico, purché il reddito complessivo (riferito all'anno precedente) del nucleo familiare fiscale da essi formato non sia superiore a € 8.263,31 oppure a € 11.362,05 in presenza del coniuge. Tali cifre vanno incrementate di € 516,45 per ogni figlio a carico: ad esempio, se solo un coniuge è titolare di pensione e ha un figlio a carico, il reddito complessivo non dovrà superare € 8.779,76, se i figli a carico sono due € 9.296,21 etc. Nel reddito complessivo non vanno computati gli assegni di accompagnamento **E01**.

Soggetti in attesa di trapianto (Cod. es. 050) e trapiantati d'organo (Cod. es. 052) con reddito complessivo del nucleo familiare anagrafico, riferito all'anno precedente, non superiore a € 46.600, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 D. Lgs 109/1998.

*I cittadini appartenenti alle categorie sopra riportate possono usufruire dei trattamenti odontoiatrici con il servizio sanitario regionale e pagheranno o meno la quota di ticket secondo le regole regionali vigenti.*

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i e dalla decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Firma del dichiarante**

*Per le dichiarazioni presentate già firmate o inviate per posta, per fax, via mail o mediante delegato è obbligatorio allegare fotocopia del documento di identità del dichiarante.*