



Autocertificazione del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket E99 per LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI ECONOMICA (DGR 1036/09 e modifiche)

Il/la 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 D.P.R. 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI NON VERE E' 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 PERCHE' SONO NELLA SEGUENTE CONDIZIONE:

1	<p>Ho perso il lavoro dopo il 1° Ottobre 2008, in particolare:</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso un lavoro a tempo indeterminato alle dipendenze presso _____ (indicare per esteso denominazione ditta o nominativo datore di lavoro se privato) Comune _____ prov. ____ Via _____ dal ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso la precedente attività lavorativa autonoma (P.IVA e Iscr. CC) P. IVA _____ Iscr. CC _____ dal ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Sono attualmente privo di impiego.</p> <p><input type="checkbox"/> Ho presentato Dichiarazione di Immediata Disponibilità (D.I.D.) il _____ al Portale Nazionale Lavoro.</p> <p><input type="checkbox"/> Ho verificato che il mio "stato di disoccupazione" (ai sensi del D.Lgs 150/2015) alla data odierna risulta in corso di validità, così come risulta dal "Patto di Servizio Personalizzato" da me sottoscritto con il Centro Per l'Impiego di _____</p>
---	---

2	<p><input type="checkbox"/> sono in cassa integrazione ordinaria, straordinaria o in deroga e percepisco una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, che non supera i limiti di reddito mensili previsti dalla legge 427/1980 e fissati ogni anno dell'INPS.</p>
---	---

3	<p>Sono in mobilità, in particolare:</p> <p><input type="checkbox"/> ho perso un lavoro a tempo indeterminato alle dipendenze presso _____ (indicare per esteso denominazione ditta o nominativo datore di lavoro se privato) Comune _____ prov. ____ Via _____ dal ____ / ____ / ____</p> <p>E non svolgo attualmente alcuna attività lavorativa</p>
---	--

4	<p><input type="checkbox"/> ho un contratto di solidarietà e percepisco una retribuzione, comprensiva della integrazione salariale, che non supera i limiti di reddito mensili previsti dalla Legge 427/1980 e fissati ogni anno dall'INPS.</p>
---	---

5	<p><input type="checkbox"/> sono familiare a carico di _____ (Cognome e Nome) _____ (Codice Fiscale) _____</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;">che si trova nella condizione</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="5">(barrare una delle 4 condizioni indicate nei riquadri precedenti)</td> </tr> </table>	che si trova nella condizione	1	2	3	4	(barrare una delle 4 condizioni indicate nei riquadri precedenti)				
che si trova nella condizione	1	2	3	4							
(barrare una delle 4 condizioni indicate nei riquadri precedenti)											

La dichiarazione ha validità ai fini dell'esenzione E99 dalla data di presentazione fino al 31 Dicembre dello stesso anno.

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

Consenso al trattamento dati (ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003)

I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, il dato dell'esenzione sarà messo a disposizione dei medici prescrittori ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. All'utente competono i diritti previsti da art.13 del decreto legislativo 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione, e ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Data _____

Firma _____

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.

STATO DI DISOCCUPAZIONE (condizione 1)	Condizione necessaria: inizio della disoccupazione dal 01/10/2008
Ha perso il lavoro alle dipendenze a tempo indeterminato	SI'
Ha perso un lavoro a tempo determinato	NO Non previsto
Ha perso un lavoro per dimissioni spontanee	No Non previsto
Ha perso un lavoro autonomo/libero professionale	SI'
E' in cassa integrazione / ha un contratto di solidarietà,	SI se non supera i limiti di reddito fissati ogni anno dall'Inps
E' in mobilità	SI
HA PRESENTATO DICHIARAZIONE DI IMMEDIATA DISPONIBILITÀ (D.I.D.) AL PORTALE NAZIONALE LAVORO/CENTRO PER L'IMPIEGO (condizione 1) disoccupato	SI
Ha presentato D.I.D. e svolge un lavoro alle dipendenze o co.co.pro	NO deve essere un lavoratore privo di impiego che ha rilasciato la DID o ha un percorso di politiche attive al Centro per l'impiego
Ha presentato D.I.D. e svolge un lavoro autonomo	
REDDITO	
Per il disoccupato (condizione 1)	Non esiste soglia di reddito (deve essere un lavoratore privo di impiego che ha rilasciato la DID o ha un percorso di politiche attive al Centro per l'impiego)
E' attualmente in cassa integrazione (condizione 2) o titolare di un contratto di solidarietà (condizione 4)	SI' , a condizione di non superare i limiti di reddito fissati di anno in anno dall'INPS*; il reddito considerato è quello individuale nell'anno in corso.
E' attualmente in mobilità (condizione 3)	Non sono previste soglie di reddito
ESTENSIONE AI FAMILIARI (condizione 5)	L'esenzione è estesa ai familiari a carico dei soggetti sopra descritti. I familiari a carico** sono quelli non fiscalmente indipendenti, per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali, perché il loro reddito è inferiore a € 2.840,51

* dal 01/01/2017 la somma del reddito da lavoro salariale non deve superare:

- **Euro 971,71 (lorde) e Euro 914,96 (nette)** per i lavoratori che hanno una retribuzione mensile (dal 01/01/2014) inferiore o uguale a Euro 2.102,24 lordi

- **Euro 1.167,91 (lorde) e Euro 1.099,70 (nette)** per i lavoratori che hanno una retribuzione mensile (dal 01/01/2014) superiore a Euro 2.102,24 lordi

condizione 5: L'esenzione è estesa ai familiari a carico dei soggetti sopra descritti: I familiari a carico sono quelli non fiscalmente indipendenti, per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali, perché il loro reddito è inferiore a € 2.840,51.

** Sono familiari a carico:

il coniuge non legalmente ed effettivamente separato, i figli anche naturali e/o adottati, affidati o affiliati con reddito non superiore a € 2.840,51, senza limiti di età anche se non conviventi e residenti all'estero

Altri familiari conviventi a carico:

- a) il coniuge legalmente ed effettivamente separato
- b) i discendenti dei figli
- c) i genitori e gli ascendenti prossimi, anche naturali
- d) i genitori adottivi
- e) i generi e le nuore
- f) il suocero e la suocera
- g) i fratelli e le sorelle, anche unilaterali

Le persone, pur conviventi, che dispongono di redditi propri costituiscono, con l'eccezione del coniuge, nuclei familiari autonomi.

Per ulteriori informazioni sui requisiti per l'esenzione dal ticket e sui tetti massimi di reddito telefonare al n° verde 800 033033 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 08:30 alle 17:30; il sabato e i prefestivi dalle 08:30 alle 13:30.