SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

AUSL DI BOLOGNA
alla c.a. Dott. Alberto Maurizzi
Uff. Controlli - V.le Pepoli 5, 40123 Bologna

MODULO - CONTRODEDUZIONE ACCERTAMENTI TICKET (CIRCOLARE REG. 6/2012)

Il sottoscritto/a (interessato all'accertamento): …… nato/a a: ……

il: _____/_____/_____ via: ……..…….. n°:…....

Città:……Prov. (…....) Cap.: …… Telefono:……

Codice Fiscale (in stampatello):

Codice Fiscale (eventuale coniuge):

Indirizzo di posta elettronica E-mail personale (scrivere chiaro in stampatello) – (Campo Facoltativo)

BARRARE LA CASELLA RIFERITA ALLA PROPRIA SITUAZIONE:
(non barrare nulla se non si rientra in nessuno di questi casi)

☐ Separato*/divorziato da (indicare nome ex-coniuge):

_____

Codice Fiscale ex coniuge:

(allegare copia di omologa o sentenza di separazione o autocertificazione)

☐ Reddito nucleo familiare inferiore alla soglia oggetto di accertamento.

Indicare il Codice Fiscale di eventuali persone a carico (figli o altri familiari) o delle quali si è a carico (genitori o altri familiari):

C.F.

C.F.

C.F.

☐ Richiesta di Rateizzazione mensile (solo se importo superiore ai 300 euro)

☐ Genitore di (indicare il nome e Codice Fiscale del figlio/a):

_____

C.F.

CHIEDE/DICHIARA:

(si può fare riferimento anche ad una lettera da allegare)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali, contenuti nella presente istanza sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. n.196/03. Consapevole che il codice penale e le leggi speciali in materia puniscono chi rilascia dichiarazioni mendaci(art. 76 del d.p.r. 445/2000) l'interessato/a dichiara che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

Data …… Firma……

ALLEGATI (barrare la casellina degli allegati prodotti):

- ✓ **Fotocopia documento d'identità (OBBLIGATORIO)**
- □ Sentenza di separazione e/o divorzio - omologa o sentenza di separazione o autocertificazione
- □ Reddito lordo riportato sul modello: 730/UNICO/CUD e relativo riquadro dei familiari a carico
- □ Lettera controdeduzione
- □ Altro _____