



Delibera di Giunta Regionale n. 1036/2009 “Interventi in materia di sostegno dei lavoratori colpiti dalla crisi e di altre fasce deboli per l’accesso alle prestazioni sanitarie”.

Delibera di Giunta Regionale n. 1190/2011 “Determinazioni concernenti l’applicazione nella Regione Emilia-Romagna dell’art. 17 co 6, Legge 15/07/11 n. 111, in materia di compartecipazione alle prestazioni di assistenza sanitaria”

ESENZIONE DALLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E FARMACI CLASSE A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46, D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

a(.....)

residente a(.....)

in via/piazza n.

DICHIARA

E91	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> di aver perso il lavoro dal 1° ottobre 2008 di essere in possesso di ricevuta di Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) di essere in attesa di nuova occupazione 	oppure	<input type="checkbox"/>	di essere familiare a carico
-----	--------------------------	--	---------------	--------------------------	------------------------------

E92	<input type="checkbox"/>	di essere in cassa integrazione ordinaria, straordinaria o in deroga e che percepisce una retribuzione, comprensiva dell’integrazione salariale, corrispondente ai massimali mensili previsti dalla Legge 427/1980 (Circ. INPS n. 11 del 27/01/2009)	oppure	<input type="checkbox"/>	di essere familiare a carico
-----	--------------------------	--	---------------	--------------------------	------------------------------

E93	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> di essere in mobilità di essere in possesso di ricevuta di Dichiarazione di immediata disponibilità (Did) 	oppure	<input type="checkbox"/>	di essere familiare a carico
-----	--------------------------	--	---------------	--------------------------	------------------------------

E94	<input type="checkbox"/>	di avere un contratto di solidarietà e che percepisce una retribuzione, comprensiva dell’integrazione salariale, corrispondente ai massimali previsti dalla Legge 427/1980 (Circ. INPS n. 11 del 27/01/2009).	oppure	<input type="checkbox"/>	di essere familiare a carico
-----	--------------------------	---	---------------	--------------------------	------------------------------

Luogo e data
....., / /

Il/la dichiarante
.....

Si conferma quanto dichiarato sopra:
....., / /

Il/la dichiarante
.....

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell’art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell’art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000.