

ESENZIONE TICKET PATOLOGIA o PER INVALIDITÀ

sottoscritt _____
nome cognome

_____ _____
luogo e data di nascita nazionalità

Residente in: _____ _____ _____
città via e n. civico CAP

consapevole che l'articolo 75 del D.P.R. 445 del 2000 punisce la non veridicità delle dichiarazioni rese con la decadenza dai benefici goduti e che in base all'articolo 76 del medesimo decreto le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

per se stesso

in qualità di¹ _____

del Sig./Sig.ra _____ _____
nome cognome

_____ _____
luogo e data di nascita nazionalità

Residente in: _____ _____ _____
città via e n. civico CAP

il seguente numero di **LIBRETTO SANITARIO** _____

il seguente numero di **CODICE FISCALE** _____

che la documentazione sanitaria allegata alla presente è copia conforme all'originale e precisamente allega:

CHIEDE

il rilascio dell'attestato di esenzione dal pagamento del TICKET ai sensi della vigente normativa.

Roma, li _____

Il Dichiarante

Privacy: I dati forniti saranno utilizzati ai soli fini del procedimento di cui trattasi e, pertanto, il conferimento dei dati richiesti è necessario alla conclusione dello stesso procedimento. Il trattamento sarà effettuato secondo modalità manuali e informatizzate. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni nei casi previsti dalla vigente normativa (es. in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ex art 71. del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.) o ad altri aventi diritto nei casi previsti dalla Legge 241/1990 e s.m.i. e nei casi previsti dalla normativa sull'accesso civico (semplice o generalizzato) di cui all'art. 5 del D. Lgs 33/2013 e s.m.i. I dati sono conservati in una forma che consente l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati. I dati personali possono essere conservati per periodi più lunghi a condizione che siano trattati esclusivamente a fini di archiviazione nel pubblico interesse. Successivamente i dati vengono cancellati fisicamente, logicamente o disattivati (in questo ordine di preferenza) a seconda delle possibilità offerte dal sistema che contiene. Lei, in quanto "interessato", ha, in ogni momento, la possibilità di esercitare i Suoi diritti (artt. 15-22 del Regolamento Ue n. 679 del 27 aprile 2016.) con richiesta rivolta all'Azienda; i dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (RPD-DPO) sono: tel. 06.33062794 – dpo@aslroma1.it a cui Lei potrà rivolgersi per fare valere i suoi diritti. Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 con sede in Via Borgo S. Spirito 3, 00193 Roma; Pec: protocollo@pec.aslroma1.it. In caso di non adeguato o mancato riscontro da parte del Titolare del trattamento, ha, altresì, il diritto di rivolgersi al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento) o alla competente Autorità Giudiziaria (art. 79 del Regolamento).

¹ Fornire tale dichiarazione solo nel caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato (paziente) e indicare la qualità del dichiarante (genitore, tutore, ecc.) in relazione al rapporto con l'interessato.