

Il /La _____

C.F.

nat. ___ a _____ il _____ e residente in _____

alla via _____ n _____ tel _____

CHIEDE

di essere esentato dal pagamento del ticket (partecipazione alla spesa farmaceutica) in quanto appartenente ad una delle categorie di seguito indicate:

- E : Patologia cronica –Patologia rara - Reddito I. S. E. E inferiore a € . 22.000,00 ;
- E 0 5 : Soggetti con reddito familiare I. S .E .E non superiore a € .10.000,00 ;
- E 0 6: Disoccupati inclusi nell’elenco anagrafico dei centri per l’ impiego,lavoratori in mobilità,lavoratori in cassa integrazione straordinaria e familiari a loro carico per il periodo di durata di tali condizioni;
- E 0 7: Cittadini extracomunitari iscritti al S. S. N. con permesso di soggiorno per richiesta di asilo politico o umanitario;
- E 0 8: Cittadini trapiantati d’organo appartenenti ad un nucleo familiare con reddito I.S.E.E non superiore ad € .22.000,00 limitatamente ai farmaci correlati alla propria patologia ;

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale

Allega :

- ◆ copia carta d’identità
- ◆ mod. I.S.E.E

Nocera Inferiore li _____

Firma _____