

**CODICE ESENZIONE  
E13**

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE  
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PER LA FARMACEUTICA  
(ESENZIONE CON VALIDITA' REGIONALE)**

(ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e delle DGR n. 10804/2009, DGR n. 3341/2012, DGR n. 4380/2012, DGR n. 313/2013)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. ( ) il .....  
cod. fisc. ....  
residente in prov. ( ) cap ..... via ..... n° .....  
in qualità di diretto interessato  
(oppure)  
in qualità di tutore / curatore / amministratore di sostegno con relativo potere di rappresentanza,  
di .....  
nato/a a ..... prov. ( ) il .....  
cod. fisc. ....  
residente in prov. ( ) cap ..... via ..... n° .....

**DICHIARA**

A. Che l'interessato è un lavoratore che percepisce una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 5 dell'INPS del 25.1.2019 (e suoi eventuali successivi aggiornamenti) ed è in una delle seguenti condizioni (barrare la condizione di interesse):

- Iscritto alla lista di mobilità
- Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (il Contratto di Solidarietà è divenuto una causale della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria) dall'Azienda .....comune di ....., prov.....
- Cassa Integrazione in deroga (è stata ripristinata in Lombardia in seguito dell'emergenza Covid-19) dall'Azienda .....comune di ....., prov.....

B. Che i propri familiari a carico, alla data di presentazione della presente dichiarazione, sono i seguenti:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Comune di nascita</i>	<i>Provincia di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>


La/Il sottoscritta/o **si impegna a comunicare tempestivamente all'ASST di competenza territoriale l'eventuale perdita dei requisiti del diritto di esenzione autocertificato**, chiedendo **la revoca** dell'attestato di esenzione e **dichiara** altresì:

- di aver letto, compreso e accettato l' *"Informativa relativa al trattamento dati personali"*;
- di essere consapevole che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale delle leggi speciali in materia, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000;
- di essere consapevole che l'ATS di competenza territoriale attiverà il successivo controllo della veridicità della dichiarazione resa (ex D.M. 11/12/2009, art. 1, comma 7, lettera c).

IL DICHIARANTE

-----  
(luogo e data)

-----

*Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 la presente dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto a riceverla (che ha accertato l'identità del dichiarante) ovvero può essere presentata, già sottoscritta, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità.*

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

**Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal dichiarante.** Le dichiarazioni prive di sottoscrizione non possono essere accettate dai competenti uffici.

### Soggetti beneficiari

Possono beneficiare dell'esenzione dal ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la farmaceutica (esenzione con validità regionale) i cittadini iscritti alla lista di mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (il Contratto di Solidarietà è divenuto una causale della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria), Cassa Integrazione in deroga (è stata ripristinata in Lombardia in seguito dell'emergenza Covid-19) che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, non superiore ai massimali previsti dalla Circolare n. 5 dell'INPS del 25/01/2019 (e suoi eventuali successivi aggiornamenti) ed ai familiari a loro carico (Categorie intro-dotte con DGR n. 10804/2009 e DGR n.3341/2012).

### Definizione di familiare a carico

I familiari a carico sono quelli indicati come tali nella dichiarazione dei redditi da parte del dichiarante. I soggetti, pur conviventi, che dispongono di redditi propri, costituiscono, con l'eccezione del coniuge, nuclei familiari autonomi.

## DURATA DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE ED EVENTUALE REVOCA

L'attestato di esenzione ha una **durata massima annuale, con scadenza al 31 marzo di ogni anno, salva precedente variazione dello stato di diritto.** Il dichiarante è tenuto a dare tempestiva comunicazione all'ASST di competenza territoriale (Ufficio scelta e revoca) dell'eventuale perdita dei requisiti del diritto di esenzione autocertificato. La revoca può essere effettuata dal cittadino stesso anche tramite il sito del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi sanitari on line nella sezione specifica delle Esenzioni, selezionando l'esenzione e chiedendone la revoca.

Per eventuali ulteriori informazioni sulle esenzioni dal ticket sanitario è possibile rivolgersi all'ASST di competenza territoriale (Ufficio scelta e revoca) o consultare il Portale di Regione Lombardia (<http://www.regione.lombardia.it>), alla sezione "Ticket ed Esenzioni".

## INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI

### (Art. 13 del Regolamento UE 679/2016)

Prima che Lei ci fornisca i dati personali che La riguardano, in armonia con quanto previsto dal Reg. UE 679/2016 c.d. GDPR (General Data Protection Regulation – Regolamento generale sulla protezione dei dati) e dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 c.d. Codice Privacy (come novellato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101), il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che Lei prenda visione di una serie di informazioni che possono aiutarLa a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegandoLe quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

#### **1. Finalità e base giuridica del trattamento dei dati personali**

I dati personali da Lei forniti (nome, cognome, data di nascita, città e provincia di nascita, città e provincia di residenza, codice fiscale) saranno trattati dall’Agenzia di Tutela della Salute (di seguito “ATS”), Titolare del trattamento, esclusivamente per le finalità connesse all’evasione dell’istanza di esenzione dal pagamento del ticket per motivi di reddito, nel pieno rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia e nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali perseguiti.

Il trattamento viene effettuato dalla ATS per lo svolgimento dei compiti istituzionali ad essa affidati e, pertanto, ai sensi dell’art. 6 paragrafo 1, lett. e) del Regolamento europeo nonché articolo 2 ter del D. Lgs. 196/2003, in relazione alla Legge 537/1993 e successive modificazioni e al Decreto 11 novembre 2009 del Ministero dell’Economia e delle Finanze in tema di verifica delle esenzioni tramite il sistema “tessera sanitaria”.

#### **2. Modalità del trattamento dei dati**

Il trattamento dei dati potrà essere effettuato sia in forma cartacea sia con l’ausilio di mezzi elettronici, in conformità ai principi di necessità e minimizzazione, per il solo tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità perseguite.

Il Titolare del trattamento adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza idoneo rispetto alla tipologia di dati trattati nonché il pieno rispetto dei principi sanciti all’articolo 5 del Reg. UE 679/2016.

#### **3. Titolare del trattamento**

Titolare del trattamento dei dati è l’ATS competente. L’elenco delle ATS è disponibile presso Regione Lombardia, Direzione Generale Welfare, Piazza Città di Lombardia, Milano, e pubblicato sul sito [www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it](http://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it).

#### **4. Responsabile della protezione dei dati**

il Responsabile della Protezione dei Dati è individuato dalla ATS competente. L’indirizzo di posta elettronica è reperibile presso il sito internet o mediante altro canale di contatto dell’Agenzia di Tutela della Salute.

#### **5. Natura del conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle attività istituzionali della ATS. Pertanto, il mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità di processare la sua istanza.

#### **6. Comunicazione e diffusione dei dati**

I Suoi dati potranno essere comunicati e messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione per la corretta compilazione della prescrizione nonché degli operatori di questo Ente, quali soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali da parte del Titolare del trattamento.

I dati potranno essere comunicati ad altri Titolari autonomi quali l’Agenzia delle Entrate per le opportune verifiche

rispetto alle dichiarazioni fiscali fornite. I dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione né saranno trasferiti a soggetti terzi al di fuori dell'Unione Europea.

I Suoi dati saranno altresì comunicati ad Aria S.p.A. con sede centrale in Via Taramelli 26, 20124 Milano (MI), Responsabile del trattamento il quale garantirà il pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento ed un livello di sicurezza analogo a quello fornito dal Titolare.

#### **7. Tempo di conservazione dei dati**

I dati potranno essere conservati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività connesse alle finalità di cui alla presente informativa e, comunque, per un periodo di tempo non superiore a dieci anni.

#### **8. Diritti dell'interessato**

In qualità di interessato al trattamento, Lei ha facoltà di esercitare, ove possibile, i diritti di cui agli articoli 15-22 del Regolamento UE 2016/679.

Le Sue richieste dovranno essere inviate all'indirizzo di posta elettronica indicato nel sito o mediante altro canale di contatto dalla ATS competente. In alternativa potrà contattare la Struttura Supporto Normativo Protezione dei Dati Personali di Aria S.p.A. all'indirizzo [privacy.siss@ariaspa.it](mailto:privacy.siss@ariaspa.it) PEC: [privacy@pec.ariaspa.it](mailto:privacy@pec.ariaspa.it).