



## RICHIESTA DI REVOCA DELL'ESENZIONE TICKET PER MOTIVI DI REDDITO (E01, E02, E03, E04)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail personale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

diretto interessato  genitore (con la potestà legale) del minore

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

### DICHIARO DI NON AVER PIÙ DIRITTO A

- E01: ESENZIONE PER ETÀ E REDDITO** per assistiti di età superiore a 65 anni appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98** euro
- E01: ESENZIONE PER ETÀ E REDDITO** per assistiti di età inferiore ai 6 anni appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a **36.151,98** euro
- E02: DISOCCUPATO** per l'assistito che ha perso un lavoro dipendente o per familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore alle soglie previste.
- E03: TITOLARE ASSEGNO (EX PENSIONE) SOCIALE** (o familiare a carico del titolare di assegno sociale)
- E04: TITOLARE DI PENSIONE AL MINIMO** per titolari di pensioni al minimo, di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti a nucleo familiare con reddito complessivo lordo inferiore alle soglie previste

di cui usufruisco dal \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Protocollo esenzione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

revocata in data \_\_\_\_\_

con prot. n° \_\_\_\_\_

Timbro AUSL

**Allegati: fotocopia del documento d'identità del dichiarante (e dell'assistito per cui si richiede l'esenzione)**