

**Autocertificazione del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket**

**E99 per LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI ECONOMICA DGR 506/2024**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI NON VERE E' PUNITO DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA DICHIARO DI AVERE PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA ALLEGATA E DI AVERE DIRITTO ALL'ESENZIONE TICKET E99 PERCHÈ SONO NELLA SEGUENTE CONDIZIONE (barrare la condizione di appartenenza):**

- a) essere residente in un Comune dell'Emilia-Romagna;
- b) possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente, per l'anno 2024/2025, pari o inferiore a 15.000 €;
- c) essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti, al momento della dichiarazione:
  - essere privo di lavoro e possedere entrambe le seguenti caratteristiche:
    - dopo l'01/10/08, aver perso involontariamente un lavoro dipendente a tempo indeterminato non intermittente oppure aver cessato un'attività di lavoro autonomo esercitata tramite la titolarità di una P.IVA;
    - non essersi mai rioccupati, in un periodo successivo all'evento di cui al punto precedente, con altro lavoro dipendente a tempo indeterminato non intermittente o con attività di lavoro autonomo diversa dalle forme parasubordinate o occasionali;

Ai fini della dichiarazione di cui sopra si indica che l'ultimo rapporto di lavoro a tempo indeterminato non intermittente è intercorso con il datore di lavoro la cui Ragione Sociale è \_\_\_\_\_  
il cui Codice Fiscale è \_\_\_\_\_ il rapporto è cessato in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per una motivazione diversa dalla mia volontà.

oppure

l'ultima attività di lavoro autonomo è stata esercitata mediante la titolarità della seguente P.IVA \_\_\_\_\_  
con relativa iscrizione alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ dal  
\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ e cessazione intervenuta il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

- Essere un lavoratore sospeso da un rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato con intervento di un trattamento di integrazione salariale ordinario, straordinario o in deroga;

Ai fini della dichiarazione di cui sopra si indica che il rapporto di lavoro a tempo indeterminato attualmente in essere con il datore di lavoro  
la cui Ragione Sociale è \_\_\_\_\_  
il cui Codice Fiscale è \_\_\_\_\_  
risulta attualmente sospeso con intervento del seguente trattamento di integrazione salariale:  
\_\_\_\_\_

- FAMILIARE A CARICO DI:**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

che si trova nella seguente condizione tra le due precedentemente illustrate:

1. Privo del lavoro
2. Sospeso dal lavoro

La dichiarazione ha validità ai fini dell'esenzione E99 dalla data di presentazione fino al 31 marzo dell'anno successivo alla dichiarazione

**SE IN QUALUNQUE MOMENTO, SI MODIFICA LA CONDIZIONE CHE HO DICHIARATO (ad esempio riprendo il lavoro), MI IMPEGNO A COMUNICARLO**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'Azienda USL in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali conferiti con la compilazione del presente modulo sulla base del Suo consenso al fine di riconoscere il diritto all'esenzione E9. I dati possono essere comunicati alla Regione Emilia-Romagna, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, INPS, Centri per l'impiego per gli opportuni controlli. L'informazione relativa all'esenzione sarà messa a disposizione dei medici prescrittori per la corretta compilazione della prescrizione medica. I dati sono trattati in modo sicuro e per il tempo strettamente necessario al perseguimento della finalità per la quale sono trattati. Lei può in ogni momento esercitare i diritti in materia di trattamento dei dati (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, reclamo al Garante nei casi previsti dalla legge). Ulteriori specifiche sono consultabili sul sito dell'Azienda USL – sez. privacy.

Lette le informazioni, presto il consenso al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

***INFORMAZIONI UTILI PER LA COMPILAZIONE***

**Esenzione in vigore ESCLUSIVAMENTE PER I CITTADINI RESIDENTI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

I requisiti per fruire dell'esenzione devono essere posseduti al momento della prescrizione medica e il codice esenzione deve comparire sulla ricetta.

**Condizione 1 PRIVO DI LAVORO**

| <b>Condizione</b> | <b>Spiegazione</b>  |
|-------------------|---|
| Privo di lavoro   | Trovarsi al momento della dichiarazione senza alcuna attività di lavoro dipendente o autonomo e aver avuto in precedenza tutte queste situazioni: <ul style="list-style-type: none"><li>dopo l'01/10/2008 una cessazione involontaria da un rapporto dipendente a tempo indeterminato, non nella forma del lavoro intermittente oppure una cessazione di un'attività di lavoro autonomo esercitata tramite la titolarità di una P.IVA;</li><li>tra il momento della cessazione di cui al punto precedente e il momento dell'attuale dichiarazione non aver avuto altri rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato non intermittente o altre attività di lavoro autonomo diversa dalle forme parasubordinate o occasionali;</li></ul> |
| Reddito           | possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente, per l'anno 2024/2025, pari o inferiore a 15.000 €;   |

**Condizione 2 SOSPESO DAL LAVORO**

| <b>Condizione</b>                                 | <b>Spiegazione</b>  |
|---|---|
| Sospensione dal lavoro con integrazione salariale | lavoratori sospesi da un rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato con intervento di un trattamento di integrazione salariale ordinario, straordinario o in deroga; |
| Reddito   | possedere un'attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) standard oppure un ISEE corrente, per l'anno 2024/2025, pari o inferiore a 15.000 €;             |

**Condizione 3 Familiare a carico**

| <b>Condizione</b>  | <b>Spiegazione</b>   |
|--------------------|--|
| Familiare a carico | Si intende il familiare a carico fiscale ai sensi dell'art. 12 del DPR 917/1986 di una persona che rientra nelle condizioni 1 o 2 di cui sopra.  |
| Reddito            | Per essere a carico fiscalmente di un altro familiare il DPR 917/1986 prevede un reddito non superiore a Euro 2.840,51, maggiorato a Euro 4.000, 00 per i figli fino a 24 anni di età. |

Per ulteriori informazioni sui requisiti per l'esenzione dal ticket e sui tetti massimi di reddito consultare le Risposte alle domande più frequenti (FAQ) sul sito Salute della Regione Emilia-Romagna.