

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577
UOC DISTRETTO
PEC:

COMPILAZIONE A CURA DEL PERSONALE DEL DISTRETTO – PUA

Viste le dichiarazioni sopra riportate, si prende atto che il/la Sig.....
rientra nella seguente categoria di "**vulnerabilità sociale**" prevista dal DCA 586/2015:

- E09** Reddito \leq € 8.000,00 (da Modello ISEE aggiornato) - **Esente totale**

- OD1** Reddito $>$ € 8.000,00 \leq € 13.000,00 (da Modello ISEE aggiornato) - **Partecipazione alla spesa fino a € 50,15**

- OD2** Reddito $>$ € 13.000,00 \leq € 20.000,00 (da Modello ISEE aggiornato) - **Sconto 20% sulla Tariffa Aziendale**

-

- Reddito $>$ € 20.000,00 (da Modello ISEE aggiornato) - **Pagamento per intero con Tariffa Aziendale**

- Età evolutiva (0 - 14 anni) - **Partecipazione alla spesa fino a € 50,15.**

ATTESTAZIONE VALIDA FINO ALL'ANNO IN CORSO

N.B. IL COSTO DEL MANUFATTO, DELL'IMPIANTO E DEL MATERIALE ORTODONTICO È SEMPRE A CARICO DEL PAZIENTE

Data.....

Timbro e sigla Operatore Distretto - PUA

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577
UOC DISTRETTO.....
PEC:

Modello per l'accesso alle cure di soggetti con vulnerabilità sociale - Codici E09-OD1-OD2

Il/la sottoscritt.....

Nato/a ail.....

Codice Fiscale.....

Residente in..... Via.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445 del 2 dicembre 2000, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. n.445 del 2 dicembre 2000

DICHIARA

Sulla base del modello ISEE aggiornato (anno.....) che il reddito del proprio nucleo familiare è:

- ≤ € 8.000,00
- > € 8.000,00 ≤ € 13.000,00
- > € 13.000,00 ≤ € 20.000,00
- > € 20.000,00

Di essere tutore del minore cognome e nome.....
appartenente alla seguente categoria:

- Età evolutiva (0 - 14 anni)

Data.....

Firma.....

N.B. IL COSTO DEL MANUFATTO, DELL'IMPIANTO E DEL MATERIALE ORTODONTICO È SEMPRE A CARICO DEL PAZIENTE

N.B. ALLEGARE:

- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO DEL RICHIEDENTE**
- **ISEE IN CORSO DI VALIDITA' DEL RICHIEDENTE**