



AZIENDA USL ___RIETI___

TESSERA ESENZIONE TICKET SANITARIO

CODICE REGIONALE DI ESENZIONE
(barrare il codice corrispondente)

E07

E08

(ENI)

(STP)

VALIDITA' DAL

AL

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

DOMICILIO (comune, via , cap) _____

CODICE REGIONALE STP/ENI

L'ASSISTITO

L'ADDETTO DELLA ASL E TIMBRO

DATA _____



AZIENDA USL ____RIETI____

DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

(L. 335/1995, art. 3, comma 5; Circ. Min. Sanità n° 5 del 24/03/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

Nato/a in _____ il _____

(Città)

(Stato)

Tessera STP n. _____

ai fini dell'erogazione senza partecipazione alla spesa delle prestazioni prescritte

Sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge

DICHIARA

Di essere privo di risorse economiche sufficienti

Luogo e data

Firma del dichiarante

Timbro e Firma del Medico prescrittore