

AUTOCERTIFICAZIONE ISEE AI FINI DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA (DGRT N. 63/2025)
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
 (artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____
 a _____ (____), residente nel Comune di _____
 prov. (____) in via/piazza _____ n _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello stesso Decreto, nonché della revoca del beneficio qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese,

DICHIARA

che il **beneficiario della prestazione** (compilare solo se persona diversa dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a il _____ a _____ (____),
 residente nel Comune di _____ (____)
 in via/piazza _____ n _____;

si trova seguente condizione (barrare con una X la colonna corrispondente alla posizione autocertificata con la corretta e completa compilazione della riga corrispondente alla X):

	In possesso di attestazione ISEE n. prot. INPS-ISEE-_____ che certifica la condizione economica (da 0 fino a € 8.000,00) dell'anno in corso pari a € _____
	In possesso di attestazione ISEE n. prot. INPS-ISEE-_____ che certifica la condizione economica (ISEE tra € 8.000,01 e € 18.000,00) dell'anno in corso pari a € _____ e titolare di esenzione: NO ☐ SI ☐ Se SI indicare il codice esenzione _____ ai sensi della normativa sulla compartecipazione alla spesa sanitaria
	In possesso di attestato di esenzione in corso di validità numero protocollo _____ del (data rilascio) _____ E90 ☐ E91 ☐ E92 ☐
	In possesso di attestato ISEE superiore a € 18.000,00 o privi di ISEE

Luogo e data

Firma leggibile ¹

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 163/2006 I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e, comunque, nel rispetto della suddetta legge. All'utente competono diritti previsti dall'art. 13 del DLGS 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati, chiedendo la correzione, l'integrazione e, ricorrendone i presupposti, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

¹ Nel caso di firma apposta da un familiare indicare il grado di parentela.

Le Amministrazioni procederanno a controlli sulla veridicità e autenticità delle dichiarazioni sostitutive presentate. Se da un controllo emerge che è stata presentata una falsa dichiarazione, i dichiaranti decadono immediatamente dal beneficio ottenuto grazie alla dichiarazione e sono soggetti alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi penali in materia. Nel caso in cui l'istanza venga presentata da un delegato dell'avente diritto dovrà essere presentata una apposita delega accompagnata dal documento del delegante.

**Informativa ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati":
Modulo da somministrare da parte dell'Azienda Sanitaria di riferimento"**

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati":

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente. La base giuridica del trattamento dei dati è individuata nell'art 6 let e) e nell'art 9 paragrafo 2 let g) del Regolamento UE/2016/679 e dall'art 2 sexies del Dlgs 196/2003 comma 2 let t.

A tal fine le facciamo presente che:

1. L'Azienda sanitaria Toscana nord-ovest è il Titolare del trattamento (dati di contatto: PEC direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it) e il Responsabile del trattamento è ESTAR che agisce in qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali inseriti all'interno del portale.
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude alla fruizione del beneficio. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I suoi dati saranno conservati presso l'Azienda Sanitaria Toscana Nord-Ovest per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati rdp@uslnordovest.toscana.it
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)