

AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di DISOCCUPAZIONE
(Art.46, D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il ____/____/____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____ n _____ tel _____

a conoscenza:

- di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria responsabilità;
- dell'art. 1, comma 11, del D.M. 11.12.2009, secondo cui ove i controlli evidenziano l'insussistenza del diritto all'esenzione per reddito, l'Azienda Sanitaria Locale comunica all'assistito l'elenco delle prestazioni fruito indebitamente in regime di esenzione per reddito ed il corrispondente ammontare della quota di partecipazione alla spesa a carico del cittadino da versare al Servizio Sanitario Nazionale;
- che ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione, si considera disoccupato il cittadino che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività di lavoro dipendente e che non può considerarsi disoccupato il soggetto che non ha mai svolto attività lavorativa, né il soggetto che abbia cessato un'attività di lavoro autonoma.

DICHIARA

1. di aver lavorato alle dipendenze del/della (ditta/Ente) _____
con sede in _____ via _____ n. _____
dal ____/____/____ al ____/____/____

e di essere nello stato di disoccupazione dal ____/____/____ al ____/____/____
di essere iscritto all'agenzia per l'impiego di _____

2. che il reddito del proprio nucleo familiare dell'anno _____ è inferiore a €8263,31,
incrementato fino a €11362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori
€516,46 per ogni figlio a carico;

3. che il proprio nucleo familiare è così costituito;

a) nome _____ cognome _____
codice fiscale _____ relazione di parentela _____

b) nome _____ cognome _____
codice fiscale _____ relazione di parentela _____

c) nome _____ cognome _____
codice fiscale _____ relazione di parentela _____

d) nome _____ cognome _____
codice fiscale _____ relazione di parentela _____

data ____/____/____

Il/la Dichiarante

la firma non va autenticata ai sensi dell'art. 39 comma 3 D.P.R. 23 dicembre 2000 n. 445 va allegata fotocopia di documento d'identità e in corso di validità la firma non viene apporata alla presenza dei dipendenti dell'Ente addetto alla ricezione