

**UFFICIO ESENZIONE TICKET**

IL SOTTOSCRITTO:

**COGNOME:** \_\_\_\_\_ **NOME:** \_\_\_\_\_

**Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)**

**DICHIARA**

Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

- Per se medesimo
- per il sig/ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in VIA \_\_\_\_\_  
C. FISCALE: \_\_\_\_\_ (grado di parentela: \_\_\_\_\_)

**IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ESENZIONE PER INFORTUNIO SUL LAVORO**

**SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:**

- 1. IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
- 2. CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALL'INAIL O DAL MEDICO CURANTE**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Firma \_\_\_\_\_