

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

**MODELLO PER L'ACCESSO ALLE CURE DI SOGGETTI CON VULNERABILITÀ  
SOCIALE - CODICI E09-OD1-OD2**

Il/la sottoscritto/a Sig./ra.....

Nato/a a ..... il.....

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 VALIDITÀ DEL RICHIEDENTE**