



Distretto Sanitario 72

Via A. De Marsico (ex Tribunale) - 84036 Sala Consilina - Tel. 0975.526561 - Fax 0975.21053  
E-mail: ds72.direzione@aslsalerno.it - PEC: ds72@pec.aslsalerno.it

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI DISOCCUPAZIONE**  
(Art 46, D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

a conoscenza:

- Di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle responsabilità penale di 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. 445/2000e sotto la propria responsabilità;
- dell'art. 1, comma 11, del D.M. 11.12.2009, secondi cui ove i controlli evidenzino l'insussistenza del diritto all'esenzione per reddito, L'Azienda sanitaria locale comunica all'assistito l'elenco delle prestazioni fruite 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 azionale;
- 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 una attività di lavoro autonoma.

**DICHIARA**

1. di aver lavorato alle dipendenze del/della (ditta /Ente) \_\_\_\_\_ con

sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e

di essere nello stato di disoccupazione dal \_\_\_\_\_

2. di essere iscritto alla agenzia per l'impiego \_\_\_\_\_

3. che il reddito del proprio nucleo familiare dell'anno 2018 è inferiore ad € 8.263,31 fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico; che il proprio nucleo familiare è così costituito:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ relazione parentela \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante \_\_\_\_\_

La firma non va autenticata ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. dicembre 2000, n. 445. Va allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità se la firma non viene apposta alla presenza del Dipendente dell'Ente addetto alla ricezione.