

**CERTIFICATO DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA
SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO
RILASCIATO DALLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE ASL 201 - AZIENDA SANITARIA
DELL'ALTO ADIGE**

(l'autocertificazione è stata effettuata sulla base dei redditi dell'anno d'imposta ____)

DATI DELL'ASSISTITO	
NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

--	--

VALIDA DAL		AL	
------------	--	----	--

DATA - PROTOCOLLO	
-------------------	--

NOTA: Si evidenzia che, qualora vengano meno i requisiti del diritto all'esenzione attestata, tale certificato perde validità.



.....

**BESCHEINIGUNG ZUR BEFREIUNG VON DER KOSTENBETEILIGUNG AN DER
GESUNDHEITSAUSGABE AUS EINKOMMENSGRÜNDEN
AUSGESTELLT VON DER AUTONOMEN PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL S.B. 201 - SÜDTIROLER
SANITÄTSBETRIEB**

(die Eigenerklärung wurde abgegeben aufgrund der Einkommen des Steuerjahres ____)

DATEN DER BETREUTEN PERSON	
VORNAME	
ZUNAME	
GEBURTSDATUM	
GEBURTSORT (Gemeinde oder ausländischer Staat)	
STEUERNUMMER	

--	--

GÜLTIG VOM		BIS ZUM	
------------	--	---------	--

DATUM - PROTOKOLL	
-------------------	--

ANMERKUNG: Es wird darauf hingewiesen, dass diese Bescheinigung ungültig wird, falls die Voraussetzungen zur Beanspruchung der erklärten Befreiung nicht mehr vorhanden sind.

