

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AL RICONOSCIMENTO DELLE ESENZIONI RILASCIATE PER  
MALATTIA CRONICA E INVALIDANTE AD ASSISTITO MINORE****AL Distretto socio sanitario n. \_\_\_\_\_  
A.S.L. 3 "Genovese"**

Noi sottoscritti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ (padre)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ (madre)

Esercenti la potestà genitoriale*oppure*

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Esercente la tutela

Sul minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Matricola regionale: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Nazione: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

- Dichiaro/i amo, a nome e per conto del minore, di rinunciare ai benefici derivanti dal diritto all'esenzione per malattia cronica e invalidante, allo stesso riconosciuta da codesta ASL 3 "Genovese" con codice \_\_\_\_\_.
- Produco/i amo in originale il tesserino sanitario in possesso dell'Assistito.
- Non / Acconsento/i amo che tale dichiarazione venga trasmessa, per conoscenza, alla S.C. Medicina Legale della ASL 3 "Genovese".
- Allego/hiamo fotocopia del mio/nostro documento di identità.

Genova, \_\_\_\_\_

Firma del/i Dichiarante/i (*specificare padre, madre, tutore*)\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_