

OPPOSIZIONE ALL'UTILIZZO DEI DATI DELLE SPESE SANITARIE PER LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI PRECOMPILATA

Con questo modello l'assistito manifesta all'Agenzia delle entrate l'opposizione all'utilizzo dei dati delle spese sanitarie (spese ed eventuali rimborsi) per la dichiarazione dei redditi precompilata.

IL SOTTOSCRITTO

Codice fiscale	<input type="text"/>		
Cognome e Nome	<input type="text"/>		
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Tessera sanitaria	Numero <input type="text"/>	Data di scadenza	<input type="text"/>

IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE/TUTORE DI

Codice fiscale	<input type="text"/>		
Cognome e Nome	<input type="text"/>		
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Tessera sanitaria	Numero <input type="text"/>	Data di scadenza	<input type="text"/>

CHIEDE

CHE I DATI (SPESE ED EVENTUALI RIMBORSI) RELATIVI ALLE TIPOLOGIE DI SPESA (barrare le relative caselle)

- A** Ticket per acquisto di farmaci e per prestazioni fruitive nell'ambito del SSN
- B** Farmaci: spese relative all'acquisto di farmaci, anche omeopatici
- C** Dispositivi medici con marcatura CE: spese relative all'acquisto o affitto di dispositivi medici con marcatura CE
- D** Servizi sanitari erogati dalle farmacie
(es. spese relative ad ecocardiogramma, spirometria, test per glicemia, misurazione pressione sanguigna, ecc.)
- E** Prestazioni sanitarie (escluse quelle di chirurgia estetica e di medicina estetica): assistenza specialistica ambulatoriale; visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali; prestazione chirurgica; certificazione medica; ricoveri ospedalieri ricollegabili ad interventi chirurgici o degenza, al netto del comfort; prestazioni erogate da esercenti professioni sanitarie
- F** Spese agevolabili solo a particolari condizioni: protesi e assistenza integrativa (acquisto o affitto di protesi – che non rientrano tra i dispositivi medici con marcatura CE – e assistenza integrativa); cure termali, prestazioni di chirurgia estetica e di medicina estetica (ambulatoriale o ospedaliera)

NON VENGANO UTILIZZATI PER LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI PRECOMPILATA RELATIVA ALL'ANNO D'IMPOSTA 2024

Luogo e data	<input type="text"/>	Firma (per esteso e leggibile)	<input type="text"/>
Si allega fotocopia del documento di identità del richiedente e, se presente, documento di identità del rappresentante/tutore firmatario.		Documento N.	<input type="text"/>
Recapito telefonico	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>