REGIONE AUTONOMA FRIULI – VENEZIA GIULIA
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N.2 "BASSA FRIULANA - ISONTINA"

Modulo annullamento/revoca

All'A.S.S. N. 2 "Bassa Friulana - Isontina"
Via Vittorio Veneto, 174
34170 - GORIZIA

Richiesta di ANNULLAMENTO/REVOCA del certificato di esenzione ticket per reddito

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente a _____Via _____n._____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

- **di ANNULLARE** l'autocertificazione sottoscritta nell'anno/negli anni _____ _____attualmente agli atti dell'Azienda e di effettuare il pagamento della somma non versata (ticket) per prestazioni sanitarie usufruite nell'anno negli anni sopra indicati.

- **di REVOCARE** la validità dell'esenzione per reddito a decorrere da _____ in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione

SI IMPEGNA

a pagare il ticket sulle prestazioni eventualmente usufruite presso altre Aziende Sanitarie Regionali ed extra Regionali e/o privati convenzionati nell'anno/negli anni su indicato/i e relativo/i alla/e autocertificazione/i annullata/e

Data _____ Firma _____

NOTA BENE: nei casi di annullamento o revoca del certificato di esenzione per età e reddito è necessario riconsegnare il certificato in proprio possesso allegandolo alla presente richiesta (solo per l'anno in corso)

==========

Rilasciare all'assistito fotocopia per ricevuta

data_____ timbro e firma operatore CUP _____