

ALL'AZIENDA USL DI.....

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE di

ANNULLARE l'autocertificazione sottoscritta nell'anno _____ attualmente agli atti dell'Azienda, e di effettuare il pagamento della somma non versata (ticket) per prestazioni sanitarie usufruite nell'anno _____
Consapevole di avere reso una dichiarazione non veritiera per erronea valutazione della situazione reddituale del proprio nucleo familiare per l'anno _____

REVOCARRE la validità dell'esenzione per reddito a partire dalla data _____
In quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare):

Data _____

Firma _____

NOTA BENE: Nei casi di annullamento o revoca del certificato di esenzione per reddito è necessario riconsegnare il certificato in proprio possesso allegandolo alla presente richiesta