

RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DEL PAGAMENTO DOVUTO RELATIVO AL TICKET DI PRONTO SOCCORSO

I campi con asterisco * sono obbligatori

IL SOTTOSCRITTO

Cognome* _____ Nome* _____

Data e Luogo di nascita* _____

CodiceFiscale* _____

Comune di residenza* _____ Provincia* _____

CAP _____ Indirizzo* _____ N° civico* _____

Telefono* (fisso e/o cellulare) _____

Indirizzo di posta elettronica _____

IN QUALITÀ DI (barrare la voce di interesse) *

- Diretto interessato
- Genitore del minore
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno
- Delegato

Nel caso del non diretto interessato, specificare i dati della persona per la quale si chiede l'annullamento:

Cognome* _____ Nome* _____

CodiceFiscale* _____

CHIEDO

l'annullamento dell'avviso dell'Agenzia delle Entrate n. _____

relativo al

Ticket di Pronto soccorso n. _____ del _____ indicato nel suddetto avviso

nel campo "Descrizione Partita";

PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI (barrare la voce di interesse) *

- Prestazione erogata al Pronto Soccorso per titolarità di esenzione certificata valida ai fini dell'annullamento (**allegare copia tesserino esenzione**)
- Prestazione erogata al Pronto Soccorso per la quale si ritiene non dover pagare (**specificare la motivazione: pagamento già effettuato allegando ricevuta di pagamento**)
- Altro _____ (**allegando verbale di Pronto Soccorso oggetto di contestazione**)

ALTRI DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Copia documento di identità del destinatario dell'avviso;
- 2) Copia documento di identità della persona richiedente se diversa dal destinatario dell'avviso;
- 3) Copia avviso dell'Agenzia delle Entrate.

Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti insieme al relativo allegato.

Entrambi devono pervenire all'Ufficio recupero crediti entro 30 giorni dalla data della mancata presentazione o dalla data di ricevimento del sollecito di pagamento da parte dell'Agenzia delle Entrate Riscossione.

La documentazione potrà essere inviata a mezzo e-mail all'indirizzo di posta elettronica **recuperocrediti@asl1abruzzo.it** indicando nell'oggetto "avvisi pagamento – ticket pronto soccorso" oppure tramite raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Ufficio Recupero Crediti - Via Saragat Loc. Campo di Pile - 67100 L'Aquila

DICHIARO

ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 che tutte le informazioni indicate nel seguente modulo corrispondono a verità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e dalle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
REGOLAMENTO EUROPEO nr. 2016/679 (GDPR)**

Dichiara infine di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., sul trattamento dei dati personali raccolti nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati forniti saranno trattati nell'ambito delle attività istituzionali dell'Azienda e nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, si invita a leggere la pagina internet all'indirizzo https://www.asl1abruzzo.it/pagina276_privacy-policy.html

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

- Si accoglie l'istanza
- Non si accoglie l'istanza
- Altro

Data _____

Impiegato _____