

MODELLO DI DOMANDA

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE \_\_\_\_\_

OGGETTO: DM 11.12.2009 - MODELLO DI CONTRODEDUZIONI ALLA CONTESTAZIONE A SEGUITO DI VERIFICA ESENZIONI TICKET PER REDDITO.

Il/la sottoscritto/a codice fiscale nato/a a il residente in Via \_\_\_\_\_ n. e-mail  
tel. \_\_\_\_\_, in qualità di:

- diretto interessato
- genitore del minore
- altro

in merito agli esiti, delle verifiche sull'autocertificazione presentata nell'anno 20..... (reddito anno ) per il recupero del ticket non pagato (art. 1 comma 10 del D.M. 11.12.2009), notificati con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ al/ alla Sig./ra..... codice fiscale.....

CHIEDE

- L'annullamento parziale dell'avviso di pagamento dell'importo di €..... in quanto titolare a far data dal del seguente codice di esenzione.....
- L'annullamento totale dell'avviso di pagamento dell'importo di €..... in quanto titolare a far data dal del seguente codice di esenzione .....
- Altro

a tal fine allega i seguenti documenti:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità
- .....
- .....

Data e luogo \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

(In caso di delega, la persona delegata dovrà allegare copia del proprio documento di riconoscimento e copia del documento di riconoscimento del delegante).

**Informativa Privacy : i dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività di "verifica delle esenzioni ticket per reddito" e dei collegati trattamenti di dati personali effettuati anche con l'ausilio di strumentazione elettronica da parte dell'ASL \_\_\_\_\_**

**Responsabile per lo specifico trattamento è il Direttore Amministrativo dell'ASL. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/03 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, indicazione delle finalità del trattamento), effettuando richiesta all'ufficio centrale di verifica delle esenzioni ticket per reddito. In mancanza del suo consenso il trattamento dei dati personali e la presa in carico della sua richiesta non saranno possibili.**

**Data e luogo \_\_\_\_\_**

**FIRMA \_\_\_\_\_**