	SERVIZI DI ACCETTAZIONE OSPEDALIERA E FRONT OFFICE - SPORTELLO UNICO -	Codice procedimento: 4/DAPO
		Termine per provvedere dalla richiesta: immediato
		Codice titolario: I.8.08

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 DAPO

**SPETT.LE A.S.L. n. CN2
ALBA – BRA**

ISTANZA PER LA REVOCA DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____
residente a _____ via _____

DICHIARA

di non essere più in possesso dei requisiti economici richiesti dall'art. 8 della legge n. 537/1993 per continuare a godere dei benefici previsti a favore dei cittadini a cui è stato rilasciato l'attestato di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria riportante il codice **E0** e, pertanto,


CHIEDE

la cancellazione del suo nominativo dalla lista, di cui al DM 11 dicembre 2009, presente sul portale del sistema TS e la conseguente revoca dell'attestato di esenzione riportante il codice **E0**, che quivi restituisco in allegato.

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

	SERVIZI DI ACCETTAZIONE OSPEDALIERA E FRONT OFFICE - SPORTELLO UNICO -	Codice procedimento: 4/DAPO
		Termine per provvedere dalla richiesta: immediato
		Codice titolario: I.8.08

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 DAPO

DELEGA

Io sottoscritto _____ nato il _____ a

_____ residente in _____ Via

documento di riconoscimento (indicare il tipo) _____

numero _____ rilasciato il _____

con scadenza il _____ dal _____

DELEGO

Il/la Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ a presentare

“ISTANZA PER LA REVOCA DELL’ATTESTATO DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO” ed a restituire all’ASLCN2 l’attestato di esenzione riportante il codice E0__

Data _____

in fede

La presente istanza viene sottoscritta dall’interessato in presenza del funzionario incaricato

La presente istanza viene sottoscritta dal delegante e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento dello stesso.

Ricevuto il _____

Firma del Funzionario
