



AL DIRETTORE DEL
DISTRETTO

Via PEC: protocollogenerale@pec.asl.novara.it

RICHIESTA DI RIESAME

(Procedura di controllo autocertificazioni e recupero ticket ex DM 11 dicembre 200)

La presente richiesta sospende il decorso dei termini di pagamento fino all'esito della relativa istruttoria.

In relazione alla richiesta di pagamento ticket inviata con nota prot. ASL n. _____ del _____
- N. PRATICA _____ indirizzata a _____ anno rif. _____

IL SOTTOSCRITTO

Sig.a/Sig. _____ nata/o il _____
a _____ residente in Via _____ n. _____
nel Comune di _____ recapito telefonico _____
email _____ PEC _____

CHIEDE

la revisione della propria posizione in relazione alle presunte irregolarità della documentazione attestante il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni sanitarie/farmaceutiche, per le seguenti motivazioni:

A tal fine si allega la seguente documentazione:

COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ e CODICE FISCALE

DOCUMENTAZIONE _____

Autorizzo, ai sensi dell'art. 9 GDPR 2016/679 la stampa del dettaglio prestazioni contenute nel SistemaTS

(luogo)

(data)

IL RICHIEDENTE