

	<b>SERVIZIO ACCETTAZIONE E FRONT OFFICE - SPORTELLO UNICO -</b>	Codice procedimento: 4/SAFO
		Termine per provvedere dalla richiesta: immediato
		Codice titolare: 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 – 04 SAFO

Spett.le ASL CN2

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

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.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs.196/2003 e del Reg. UE 2016/679 :**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs. 196/2003e ss.m.i. e al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN2, esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

Data \_\_\_\_\_

firma (per esteso) \_\_\_\_\_

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 – 04 SAFO

## 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/CONDIZIONE” ed a restituire all’ASL CN2 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

\_\_\_\_\_