

RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DEL PAGAMENTO DOVUTO PER MANCATA DISDETTA DELLE PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI / DI LABORATORIO

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 (con la potestà legale) del minore (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno di (cognome e nome) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
- Delegato (cognome e come) _____

CHIEDO

l'annullamento del pagamento dovuto comunicato con avviso n. _____

A tal fine

DICHIARO

di non aver effettuato la disdetta della prenotazione per uno dei seguenti motivi (barrare la voce di interesse) *:

- avvenuto decesso dell'interessato, comunicato dagli eredi;
- lutto per decesso di familiare (fino al secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare e se l'evento avviene entro tre giorni lavorativi antecedenti alla data della prestazione) *(indicare nome e cognome del defunto e grado di parentela);*

- ricovero in una struttura sanitaria P.S. o altri motivi di salute (che possono riguardare l'interessato o i familiari entro il secondo grado di parentela, il coniuge o i conviventi appartenenti allo stesso nucleo familiare) (*allegare certificato di ricovero*);
- motivi di salute (*allegare certificato medico curante*);
- incidente stradale (*allegare attestato con modulo di constatazione amichevole, attestazione della compagnia assicurativa, fattura servizio trasporto stradale*);
accesso al Pronto Soccorso (*allegare referto di PS*);
altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (*allegare referto*);
nascita di figlio/figlia (*entro tre giorni antecedenti alla prenotazione*) (*allegare certificato di nascita*).

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 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 – mancata disdetta".

DICHIARO

ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 che tutte le informazioni riportate 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 _____

ALTRI DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) copia del documento d'identità valido del destinatario dell'avviso;
- 2) copia del documento d'identità valido del richiedente se persona diversa dal destinatario;
- 3) copia dell'avviso dell'Agenzia delle Entrate-Riscossione.

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 _____