

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO DEL PAGAMENTO DOVUTO RELATIVO AL TICKET DI PRONTO SOCCORSO**

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 del minore
- Tutore/curatore/amministratore di sostegno
- Delegato

Nel caso del non diretto interessato, specificare i dati della persona per la quale si chiede l'annullamento:

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

CodiceFiscale\* \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

l'annullamento dell'avviso dell'Agenzia delle Entrate-Riscossione n. \_\_\_\_\_

relativo al

**Ticket di Pronto soccorso n.** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_\_ **indicato nel suddetto avviso**

*nel campo "Descrizione Partita";*

**PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI (barrare la voce di interesse) \***

- Prestazione erogata al Pronto Soccorso per titolarità di esenzione certificata valida ai fini dell'annullamento (**allegare copia tesserino esenzione**)
- Prestazione erogata al Pronto Soccorso per la quale si ritiene non dover pagare (**specificare la motivazione: pagamento già effettuato allegando ricevuta di pagamento**)
- Altro \_\_\_\_\_ (**allegando verbale di Pronto Soccorso oggetto di contestazione**)

**ALTRI DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Copia documento di identità del destinatario dell'avviso;
- 2) Copia documento di identità della persona richiedente se diversa dal destinatario dell'avviso;
- 3) Copia avviso dell'Agenzia delle Entrate-Riscossione.

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 della mancata presentazione o 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 – ticket pronto soccorso".

**DICHIARO**

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

**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](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 \_\_\_\_\_