

Da protocollare

Spettabile
ATS _____
(Struttura competente)
Via _____
Cap Luogo _____

_____, li _____

OGGETTO: richiesta di verifica posizione rispetto a ticket dovuti non versati per la fruizione di prestazioni sanitarie, o di farmaci, dispensati dal SSN, ai sensi dell'art. 18, comma 3, della legge regionale n. 23/2018.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

codice fiscale:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente a _____ in _____ cap _____,
telefono _____ indirizzo mail _____ visto l'art. 18,
comma 3, della legge regionale n. 23/2018

CHIEDE

a codesta ATS di verificare la propria posizione rispetto ai ticket dovuti e non versati per prestazioni di specialistica ambulatoriale o altre prestazioni assimilate e/o per prestazioni di assistenza farmaceutica ai fini della regolarizzazione.

Allegato: copia carta d'identità

In fede,

Firma _____