**REGIONE ABRUZZO**

**Azienda Sanitaria Locale n°2 LANCIANO-VASTO-CHIETI**

**PALAZZINA N - Via dei Vestini s.n.c. - 66100 Chieti**

**C.F. e P. Iva 02307130696**

**U.O.C. GOVERNO DELLE ATTIVITA’ AMMINISTRATIVE**

**DEI PRESIDI OSPEDALIERI**

**RICHIESTA DI REVOCA 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**

la revoca della diffida di pagamento relativa al Ticket di Pronto soccorso Rif. Pratica n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 esenzione certificata valida (allegare copia tesserino esenzione)

 Prestazione erogata al Pronto Soccorso con pagamento già effettuato (allegando ricevuta di pagamento)

 Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **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 diffida di pagamento asl2.

Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti insieme al relativo allegato. Entrambi devono pervenire all’Ufficio recupero crediti entro 15 giorni dalla data di ricevimento della diffida di pagamento da parte dell’ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti.

 La documentazione potrà essere inviata a mezzo e-mail all’indirizzo di posta elettronica recupero.ticket@asl2abruzzo.it indicando nell’oggetto “***Diffida di pagamento – Recupero ticket di pronto soccorso - Rif. Pratica n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** ”

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://lnx.asl2abruzzo.it/asl/dati-personali.html

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_