



Al Direttore Generale
ASP DI POTENZA

MODELLO DI CONTESTAZIONE ALLA VERIFICA DELLE ESENZIONI TICKET PER
REDDITO RELATIVE AGLI ANNI 2011-2012-2013

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

e-mail _____ tel. _____

in qualità di : diretto interessato - genitore del minore - altro _____

in merito agli esiti delle verifiche sull'autocertificazione presentata nel 20____ (reddito anno
____) per il recupero del ticket non pagato (art. 1 co. 10 del D.M. 11/12/2009) notificati con nota
prot. n. _____ del _____

al Sig. _____

codice fiscale _____

CHIEDE

L'annullamento parziale dell'avviso di pagamento dell'importo di
€ _____ in quanto titolare a far data dal _____ del
seguinte codice di esenzione: _____,

L'annullamento totale dell'avviso di pagamento dell'importo di € _____
in quanto titolare a far data dal _____ del seguente codice
di esenzione _____

Altro _____

=====
Informativa Privacy : i dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo
svolgimento dell'attività di "verifica delle esenzioni ticket per reddito" e dei collegati trattamenti di dati personali effettuati anche
con l'ausilio di strumentazione elettronica da parte della ASP di Potenza: Responsabile per lo specifico trattamento è il Direttore
Amministrativo della ASP di Potenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.LGS. 196/03 (accesso, correzione,
cancellazione, opposizione al trattamento, indicazione delle finalità del trattamento), effettuando richiesta all'ufficio centrale di
verifica delle esenzioni ticket per reddito email _____ . In mancanza del suo consenso il trattamento dei
dati personali e la presa in carico della sua richiesta non saranno possibili.

Data e luogo _____ FIRMA _____

=====
- Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità

-In caso di delega, la persona delegata dovrà allegare copia di un documento di riconoscimento
e fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante.

Data e luogo _____

FIRMA _____



RISERVATO ALLA ASP DI POTENZA

- 1) Estremi del documento del richiedente : tipo _____ numero _____
rilasciato da _____ il _____ scadenza _____
fotocopia del documento allegato all'istanza
- 2) Estremi del documento di identità delegato: tipo _____ numero _____
rilasciato da _____ il _____ scadenza _____
fotocopia del documento allegato all'istanza

ESAME PRELIMINARE A CURA DEGLI OPERATORI DI DISTRETTO

Vista la domanda, verificato che l'assistito è in possesso del seguente codice di
esenzione: _____ a far data _____
altro _____

-
- A) Si consegna al richiedente la stampa del dettaglio delle prestazioni specialistiche effettuate nell'anno _____ in quanto titolare o delegato
- B) La stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere all' **ANNULLAMENTO PARZIALE** della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____
Del _____ al Sig _____
- C) La stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere all' **ANNULLAMENTO TOTALE** della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al Sig: _____
- D) La stessa non può trovare accoglimento favorevole (**DINIEGO**) e non si può procedere all'annullamento totale/parziale della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al Sig. _____

DATA _____ timbro e firma _____

ESAME DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Vista la domanda e l'esame preliminare di _____ operatore del DSB Di _____ del _____, si conferma la valutazione preliminare al punto A) **ANNULLAMENTO PARZIALE** ; B) **ANNULLAMENTO TOTALE**; C) **DINIEGO**.
Si ritiene che la domanda possa essere accolta/rigettata per le seguenti motivazioni _____

DATA _____ timbro e firma _____