Modulo per ANNULLAMENTO / REVOCA certificato provvisorio di esenzione ticket per motivi di reddito

Al Responsabile Area Amministrativa Presidi ASL Cagliari
Ufficio Ticket Esenzioni per Motivi di Reddito
di_____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a_____ il___/___/_____ e residente a_____ (Prov._____) in Via/Piazza_____, n._____ codice fiscale__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, in relazione alla propria autocertificazione presentata in data___/___/_____ finalizzata al rilascio del certificato provvisorio di esenzione dal ticket per motivi collegati al reddito, rilasciato da Codesto Ufficio in data___/___/_____ con il n._____ e con il codice di esenzione_____,

CHIEDE

☐ **L'annullamento** della suddetta autocertificazione non veritiera per

- ☐ erronea valutazione della situazione reddituale del proprio nucleo familiare fiscale di appartenenza;
- ☐ altro motivo (da specificare) _____;

☐ **La revoca** del suddetto certificato provvisorio di esenzione dal ticket a partire dalla data_____, in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione:

- ☐ perdita dello stato di disoccupazione per sopraggiunta occupazione;
- ☐ altro motivo (da specificare) _____.

DICHIARA

che dalla data _____ a tutt'oggi

☐ **ha beneficiato** di prestazioni sanitarie in esenzione, per le quali si impegna a corrispondere il relativo ticket, avendone usufruito presso le sottoelencate strutture pubbliche:

- ☐ ASL Cagliari
- ☐ Azienda Ospedaliera Brotzu
- ☐ Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari
- ☐ Altre Aziende Sanitarie (indicare quali): _____;
- ☐ Strutture sanitarie private convenzionate (indicare quali): _____;

☐ **non ha beneficiato** di prestazioni sanitarie in esenzione dal relativo ticket.

Alla presente dichiarazione allega l'originale del certificato provvisorio di esenzione dal ticket sopra specificato.

Distinti saluti. In fede

Cagliari, lì_____ _____