

ALL'AZIENDA USL DI.....

Richiesta di ANNULLAMENTO/REVOCA di esenzione ticket per lavoratore colpito dalla crisi

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ Via _____ n. _____
Codice fiscale _____

CHIEDE di

- ANNULLARE** l'autocertificazione sottoscritta nell'anno _____ attualmente agli atti dell'Azienda, e di effettuare il pagamento della somma non versata (ticket) per prestazioni sanitarie usufruite nell'anno _____
Consapevole di avere reso una dichiarazione non veritiera per erronea valutazione della condizione lavorativa per l'anno _____

- REVOCARRE** la validità dell'esenzione per lavoratore colpito dalla crisi a partire dalla data _____
In quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare):

Data _____

Firma _____

NOTA BENE: Nei casi di annullamento o revoca dell'esenzione è necessario riconsegnare la copia di autocertificazione in proprio possesso allegandola alla presente richiesta