

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