

Spett. ATS di Milano
Dipartimento Cure Primarie
Via Statuto, 5
20121 Milano

OGGETTO: Richiesta di verifica delle prestazioni sanitarie fruite in esenzione ai fini della regolarizzazione della situazione debitoria nei confronti del SSN.

Il/La sottoscritto/a _____ ,

NOME COGNOME

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in _____ ,

INDIRIZZO – CITTÀ – CAP

indicare l'indirizzo di recapito nel caso in cui sia diverso da quello di residenza :

_____ ,

INDIRIZZO – CITTÀ – CAP

Numero telefonico: Fisso _____ Cell. _____

con la presente chiedo l'elenco delle prestazioni sanitarie effettuate dal sottoscritto/a in regime di esenzione (codice esenzione E01 – E05) dalla compartecipazione alla spesa sanitaria:

BARRARE LA CASELLA/LE CASELLE D'INTERESSE	
Prestazioni sanitarie 2014 con riferimento al reddito del nucleo familiare fiscale anno 2013 maggiore di 38.500 €	SI
Prestazioni sanitarie 2015 con riferimento al reddito del nucleo familiare fiscale anno 2014 maggiore di 38.500 €	SI
Prestazioni sanitarie 2016 con riferimento al reddito del nucleo familiare fiscale anno 2015 maggiore di 38.500 €	SI

La presente richiesta è determinata dalla volontà di regolarizzare la situazione debitoria nei confronti del SSN in conseguenza della fruizione di prestazioni in esenzione (codici E01 – E05) in assenza dei presupposti di legittimità.

Distinti saluti.

Firma

Luogo, data

Allego fotocopia di un documento d'identità valido

Compilazione riservata all'ufficio di competenza ATS-Milano

Identificazione dell'assistito con documento _____ nr. _____ rilasciato
dal/dalla _____ di _____ in data _____ .