Alla C.A.
Direzione Amministrativa
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI CONTROLLO
E DEGLI AFFARI GENERALI E LEGALI
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
Via Ottorino Rossi n. 9 – 21100 Varese
Tel. 0332/277.325
www.ats-insubria.it
protocollo@pec.ats-insubria.it

_____, lì _____

OGGETTO: Richiesta di verifica posizione rispetto a ticket dovuti e non versati per la fruizione di prestazioni sanitarie o farmaci, dispensati dal SSN, ai fini del ravvedimento.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____ (Prov.) _____ cap. _____

indirizzo _____ n. civico _____

telefono fisso _____ cellulare _____

indirizzo mail _____

visto l'art. 6 della Legge Regionale n. 20/2025

CHIEDE

a codesta ATS di verificare la propria posizione rispetto ai ticket dovuti e non versati per prestazioni di specialistica ambulatoriale o altre prestazioni assimilate e/o per prestazioni di assistenza farmaceutica ai fini della regolarizzazione.

Allega: copia carta d'identità

In fede,

Firma _____