All’ ASST Papa Giovanni XXIII

 Piazza OMS, 1

 24127 – Bergamo

 *fax 035.267.4100*

*PEC:* *ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it*

*PEO:* *protocollo@asst-pg23.it*

Oggetto: sollecito del ticket n.  e n. pratica ufficio

come da Vostra lettera con prot. n. del della

[ ] UOC Gestione Amministrativa dei Presidi (GAP) [ ] UOC Legale e Controllo interno (LCI)

Il sottoscritto  nato a       il       e residente a       in via/piazza       n.       cf       telefono       mail       posta certificata (pec)       cellulare      , in merito alla richiesta di pagamento di cui all’oggetto, in qualità di

[ ]  intestatario della prenotazione

[ ]  altro (specificare rapporto con l’intestatario della prenotazione)

DICHIARA

che il pagamento richiesto **non è dovuto** per il seguente motivo (barrare la voce d’interesse):

[ ]  l’intestatario della prenotazione è titolare di esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (codice esenzione  );

[ ]  il pagamento è stato effettuato presso uno sportello cassa della Vs. Azienda in data      , come da ricevuta allegata;

[ ]  il pagamento è stato effettuato tramite Riscuotitore Automatico/Punto Amaranto in data    , come da ricevuta allegata;

[ ]  il pagamento è stato effettuato tramite bonifico bancario in data      , come da ricevuta allegata;

[ ]  non ha prenotato/eseguito le prestazioni cui si riferisce l'addebito;

[ ]  altro:

Autorizza il trattamento dei dati per tutte le pratiche conseguenti alla presente comunicazione.

     , lì

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma autografa o elettronica)

Si allega quanto segue: copia di un documento di riconoscimento,