

**SPETT.LE A.S.L. n. CN2
ALBA – BRA**

**ISTANZA PER LA REVOCA DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE DALLA
PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO**

il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____
residente a _____ via _____

DICHIARA

di non essere più in possesso dei requisiti economici richiesti dall'art. 8 della legge n. 537/1993 per continuare a godere dei benefici previsti a favore dei cittadini a cui è stato rilasciato l'attestato di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria riportante il codice **E0** e, pertanto,

CHIEDE

la cancellazione del suo nominativo dalla lista, di cui al DM 11 dicembre 2009, presente sul portale del sistema TS e la conseguente revoca dell'attestato di esenzione riportante il codice **E0**, che quivi restituisco in allegato.

Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

DELEGA

Io sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente in _____ Via

DELEGO

_____ nato/a _____ il _____ a presentare

“ISTANZA PER LA REVOCA DELL’ATTESTATO DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO” ed a restituire all’ASLCN2 l’attestato di esenzione riportante il codice E0

Data _____ in fede

- La presente istanza viene sottoscritta dall’interessato in presenza del funzionario incaricato
 La presente istanza viene sottoscritta dal delegante e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento dello stesso.

Ricevuto il _____

Firma del Funzionario
