



ASL Lecce – Dir. Amm.va – Recupero ticket
trasmissione tramite:

- pec** esenzionireddito.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
- raccomandata a/r** Via Miglietta, 5 – 73100 Lecce (Le)
- consegna diretta presso** il Distretto Socio Sanitario di
_____ via _____

Oggetto: verifica delle esenzioni ticket per reddito – autocertificazioni 201__ (reddito 201__)

Il/la sottoscritto/a _____
codice fiscale _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
via _____ n. _____
email _____ tel. _____

in qualità di: **diretto interessato** genitore del minore altro _____

in merito alle verifiche sull'autocertificazione presentata nel 201__ (reddito anno 201__) ed alla richiesta di recupero del ticket non pagato (D.M. 11/12/2009), notificata con nota prot. n. _____ del _____

al sig. _____
codice fiscale _____

CHIEDE

- la consegna del dettaglio delle prestazioni sanitarie effettuate nell'anno 201__;**
- l'annullamento parziale dell'avviso di pagamento dell'importo di € _____ in quanto titolare dal _____ del seguente codice di esenzione: _____;**
- l'annullamento totale dell'avviso di pagamento dell'importo di € _____ in quanto titolare dal _____ del seguente codice di esenzione: _____;**
- altro: _____**

Informativa Privacy I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività di "verifica delle esenzioni ticket per reddito" e dei collegati trattamenti di dati personali effettuati anche con l'ausilio di strumentazione elettronica da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce. Responsabile per lo specifico trattamento è il Direttore Amministrativo della ASL Lecce. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, indicazione delle finalità del trattamento), effettuando richiesta all'ufficio centrale di verifica delle esenzioni ticket per reddito email esenzionireddito.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

In mancanza del suo consenso il trattamento dei dati personali e la presa in carico della sua richiesta non saranno possibili.

Data e luogo _____ **FIRMA** _____

- ✓ Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- ✓ In caso di delega, la persona delegata dovrà presentarsi con documento di riconoscimento e fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante.

Data e luogo _____ **FIRMA** _____

RISERVATO ALLA ASL LECCE

1) Estremi del **documento di identità del richiedente**: tipo _____ numero _____

rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

fotocopia del documento allegato all'istanza

2) Estremi del **documento di identità del delegato**: tipo _____ numero _____

rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

fotocopia del documento allegato all'istanza

ESAME PRELIMINARE A CURA DEGLI OPERATORI DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI

Vista la domanda, verificato che l'assistito è in possesso del seguente codice esenzione: _____

_____ dal _____

altro _____

A) si consegna al richiedente la stampa del dettaglio delle prestazioni specialistiche effettuate nell'anno 201__ in quanto titolare o delegato dei dati sensibili contenuti in essa.

B) la stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere all' ANNULLAMENTO PARZIALE della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al sig. _____

C) la stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere all' ANNULLAMENTO TOTALE della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al sig. _____

D) la stessa non può trovare accoglimento favorevole (DINIEGO) e non si può procedere all' annullamento totale/parziale della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al sig. _____

DATA _____ **timbro e firma** _____

ESAME DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Vista la domanda e l'esame preliminare di un operatore del Distretto Socio Sanitario di _____ del _____, si prende atto della valutazione assegnando il seguente esito finale:

B) ANNULLAMENTO PARZIALE;

C) ANNULLAMENTO TOTALE;

D) DINIEGO

la domanda può essere accolta/rigettata per le seguenti motivazioni: _____

DATA _____

**Il Responsabile del procedimento
(timbro e firma)**
