

**ALL'AZIENDA USL DI.....**

**Richiesta di ANNULLAMENTO/REVOCA del certificato di esenzione ticket per reddito**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE di**

**ANNULLARE** l'autocertificazione sottoscritta nell'anno \_\_\_\_\_ attualmente agli atti dell'Azienda, e di effettuare il pagamento della somma non versata (ticket) per prestazioni sanitarie usufruite nell'anno \_\_\_\_\_  
Consapevole di avere reso una dichiarazione non veritiera per erronea valutazione della situazione reddituale del proprio nucleo familiare per l'anno \_\_\_\_\_

**REVOCARRE** la validità dell'esenzione per reddito a partire dalla data \_\_\_\_\_  
In quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare):

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** Nei casi di annullamento o revoca del certificato di esenzione per reddito è necessario riconsegnare il certificato in proprio possesso allegandolo alla presente richiesta