All’ ASST Papa Giovanni XXIII

Piazza OMS, 1

24127 – Bergamo

*fax 035.267.4100*

*PEC:* [*ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it*](mailto:ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it)

*PEO:* [*protocollo@asst-pg23.it*](mailto: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,