

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI – Tel. 0746 2781  
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577  
U.O.C. Distretto 2 Salario Mirtense

**Richiesta di annullamento/revoca /cancellazione dell'esenzione ticket per motivi di 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 \_\_\_\_\_.
- REVOCARE la validità dell'esenzione per reddito a partire dalla data \_\_\_\_\_ in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare): \_\_\_\_\_.
- CANCELLARE l'esenzione ticket attribuita automaticamente dal sistema regionale in data \_\_\_\_\_, in quanto non titolare delle condizioni riconosciute.

- per se stesso/a;  
 per i familiari minori di seguito elencati:

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.: nei casi di annullamento o revoca del certificato di esenzione per reddito è necessario riconsegnare il certificato in proprio possesso allegandolo alla presente richiesta.**