

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

residente a _____ via _____

DICHIARA

di non essere più in possesso dei requisiti di reddito richiesti dalla legge per continuare a godere dei benefici previsti a favore dei cittadini cui è stato rilasciato l'attestato di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria riportante il codice **E0** _____ e, pertanto,

CHIEDE

la revoca dell'attestato di esenzione riportante il codice **E0** _____, che restituisce in allegato.

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

"I dati personali raccolti nel presente modulo saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679, alla normativa italiana sulla privacy e ai provvedimenti in materia del Garante per la Protezione dati Personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal titolare del trattamento sulla base delle norme vigenti, con le finalità, le modalità, le definizioni e le garanzie sui diritti contenute nell'Informativa per la protezione dei dati personali, affissa nei locali dell'ASL CN1 e disponibile sul sito dell'ASL CN1 al link <https://www.aslcn1.it/protezione-dei-dati-personali>.

La raccolta dei suoi dati personali è finalizzata alla revoca dell'attestato di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito.

Data _____

Firma _____

Parte riservata all'Azienda Sanitaria

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità n..... Data

Il dipendente addetto Sportello di