

Agenzia di Tutela della Salute
di Brescia
Servizio Affari Generali e Legali
Ufficio Esenzioni
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 - BRESCIA

Trasmissione:

- a mano – Portineria Viale Duca Abruzzi n. 15
Brescia – da lun a ven ore 07,30 alle 19,00
- a mezzo posta – Viale Duca Abruzzi n. 15-25124 BRESCIA
- PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it
(con documentazione in formato .PDF – no immagini/fotografie)
- Email: esenzioni@ats-brescia.it

N.B. – L'utilizzo della mail è considerato canale non sicuro ai fini della protezione di dati personali con particolare riguardo ai dati sensibili (attinenti la salute).

Brescia, _____

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ nato/a a/in
_____ il _____ C.F. _____, residente
a _____ in Via _____, telefono
_____ titolare del Codice di Esenzione E01 E02 E03 E04*, visto il
processo verbale di accertamento prot. n. _____ del _____

DICHIARA COME COMPROVATO DALLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

che il reddito del proprio nucleo familiare fiscale costituisce requisito atto a ricondurre le prestazioni specialistiche e/o farmaceutiche fruite ad altre esenzioni nazionali e/o regionali,

CHIEDE

pertanto a codesta ATS di Brescia di voler annullare il processo verbale di cui sopra, essendo titolare dei requisiti previsti dal codice di Esenzione E01 E05 E12 E14 E15*.

Dichiara altresì di aver provveduto a regolarizzare la propria posizione, revocando l'esenzione Codice E01 E02 E03 E04* e richiedendo l'esenzione Codice E01 E05 E12 E14 E15*.

In fede

Si allega:

- Documentazione comprovante reddito lordo complessivo (nucleo familiare fiscale)
- Documento d'identità

*** Barrare la casella di interesse**