

All'Agenzia Tutela della Salute di Pavia

Viale Indipendenza n. 3

27100 Pavia

Oggetto: richiesta di pagamento ticket sanitario per prestazioni specialistiche/assistenza farmaceutica fruite negli anni _____

(specificare annualità richieste 2014 / 2015 / 2016 / 2017 / 2018) – L. R. n. 23 del 28 dicembre 2018 – art. 18 c. 3

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

chiede

con la presente di poter pagare il ticket relativo alle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e/o diagnostica strumentale/farmaceutica indebitamente fruite in regime di esenzione negli anni _____

Per la quantificazione di quanto dovuto e per l'indicazione delle modalità di pagamento, inviare comunicazione a :

Indirizzo e-mail: _____ recapito telefonico: _____

Cordiali saluti.

Data _____

Firma _____

N.B. da inviare all'Ufficio Protocollo dell'ATS di Pavia mediante:

- Pec: protocollo@pec.ats-pavia.it

- oppure a mezzo posta all'indirizzo: ATS di Pavia – Viale Indipendenza 3 – 27100 Pavia

- oppure consegnare a mano all'Ufficio Protocollo dell'ATS nei seguenti giorni ed orari:

dal lunedì al giovedì dalle 8.30 alle 12.00 e dalle 14.00 alle 16.00.

Il venerdì dalle 8.30 alle 12.00.

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'