

ALL' UFFICIO RECUPERO CREDITI
ASP DI AGRIGENTO
TRAMITE L' UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
DI _____

Ricorso in autotutela

Io sottoscritt _____ nat ____ a _____
il _____ residente a _____
via/piazza _____ recapito tel. _____
email _____ codice fiscale _____
a seguito richiesta di pagamento relativa alla quota di compartecipazione al costo delle prestazioni di pronto soccorso di € 25,00 oltre spese postali, identificativo pratica n. _____ pervenuta il _____,

CHIEDO

di procedere all'annullamento della suddetta comunicazione per i seguenti motivi:

ALLEGO, quindi:

- Copia comunicazione;
- Copia documento d'identità;
- Documentazione comprovante la motivazione predetta in copia conforme autocertificata ai sensi del DPR n. 445/2000 oppure in originale;

(Luogo e data)

IN FEDE

DELEGO

alla presentazione di questa richiesta __ signor _____, tipo
documento di riconoscimento _____, n. _____, rilasciato il
_____ da _____.

Allego la fotocopia del documento di riconoscimento

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

SEZIONE DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO

Istanza consegnata in data _____, prot. interno n. _____ L'addetto _____