

n° protocollo
(campo a cura di ATS della Brianza)

Spettabile

ATS della Brianza
sede Territoriale di Lecco
UOSD Governo delle Attività Amministrative
Corso Carlo Alberto, 120
23900 Lecco

_____, li _____

OGGETTO: richiesta di verifica posizione rispetto a ticket dovuti non versati per la fruizione di prestazioni sanitarie, o di farmaci, dispensati dal SSN, ai sensi dell'art. 23, della Legge Regionale n. 11/2020

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ in _____

telefono _____ indirizzo e-mail _____

visto l'art. 23 della Legge Regionale n. 11/2020

CHIEDE

a codesta ATS di verificare la propria posizione rispetto ai ticket dovuti e non versati per prestazioni di specialistica ambulatoriale o altre prestazioni assimilate e/o per prestazioni di assistenza farmaceutica ai fini della regolarizzazione.

Allegato: copia documento d'identità

In fede,

Firma _____