

- pec recuperocredito@pec.asl.lecce.it
- raccomandata a/r Via Miglietta, 5 – 73100 Lecce (Le)
- consegna diretta presso il Distretto Socio Sanitario di _____ via _____

Oggetto: verifiche autocertificazioni anno 201__ (reddito anno 201__) - recupero ticket non pagato

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____

email _____ tel. _____

in qualità di: **diretto interessato** genitore del minore altro _____

in merito alle verifiche sull'autocertificazione presentata nell'anno 201__ (reddito anno 201__) ed alla richiesta di recupero del ticket non pagato (D.M. 11/12/2009), notificata con nota protocollo numero _____ del _____ al sig. _____

codice fiscale _____

CHIEDE

la consegna del dettaglio delle spese specialistiche e/o farmaceutiche dell'anno 201____;

l'annullamento parziale dell'avviso di pagamento dell'importo di € _____ in quanto titolare dal _____ del seguente codice di esenzione: _____

l'annullamento totale dell'avviso di pagamento dell'importo di € _____ in quanto titolare dal _____ del seguente codice di esenzione: _____

altro: _____

Informativa Privacy I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività di "verifica delle esenzioni ticket per reddito" e dei collegati trattamenti di dati personali effettuati anche con l'ausilio di strumentazione elettronica da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce. Responsabile per lo specifico trattamento è il Direttore Amministrativo della ASL Lecce. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15 - 22 del "GDPR" (accedere, rettificare, cancellare o limitare il trattamento se ne ricorrono i presupposti, opporsi per specifici e legittimi motivi). Ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca, effettuando richiesta all'ufficio centrale di verifica delle esenzioni ticket per reddito email recuperocredito@pec.asl.lecce.it.

In mancanza del suo consenso il trattamento dei dati personali e la presa in carico della sua richiesta non saranno possibili.

Data e luogo _____ FIRMA _____

Si allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;

In caso di delega, la persona delegata dovrà presentarsi con proprio documento di riconoscimento e fotocopia di documento di riconoscimento del delegante.

Data e luogo _____ FIRMA _____

RISERVATO ALLA ASL LECCE

- Estremi del **documento di identità del richiedente**: tipo _____ numero _____
rilasciato da _____ il _____ scadenza _____
 fotocopia del documento allegato all'istanza
- Estremi del **documento di identità del delegato**: tipo _____ numero _____
rilasciato da _____ il _____ scadenza _____
 fotocopia del documento allegato all'istanza

ESAME PRELIMINARE A CURA DEGLI OPERATORI DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI

Vista la domanda, verificato che l'assistito è in possesso del seguente codice esenzione: _____
dal _____

altro _____

si consegna al richiedente la stampa del dettaglio delle spese specialistiche e/o farmaceutiche dell'anno 201 _____ in quanto titolare o delegato dei dati sensibili contenuti in essa;

la stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere all' **ANNULLAMENTO PARZIALE** della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al sig. _____;

la stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere all' **ANNULLAMENTO TOTALE** della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al sig. _____

la stessa non può trovare accoglimento favorevole (**DINIEGO**) e non si può procedere all' annullamento totale/parziale della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al sig. _____

Data _____ timbro e firma _____

ESAME DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Vista la domanda e l'esame preliminare di un operatore del Distretto Socio Sanitario di _____ del _____, si prende atto della valutazione assegnando il seguente esito finale:

- CONSEGNA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA;**
- ANNULLAMENTO PARZIALE;**
- ANNULLAMENTO TOTALE;**
- DINIEGO**

La domanda può essere accolta rigettata per le seguenti motivazioni: _____

Data

Il Responsabile del procedimento
(timbro e firma)