Al Direttore Generale

ATS della Montagna

Via Nazario Sauro, 38

23100 Sondrio

protocollo@ pec.ats-montagna.it

C.A. Dott. Stefano Gallegioni

Preso atto di tutto quanto riportato nella nota prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| codice fiscale:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_, telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto l’art. 18, comma 3, della legge regionale n. 23/2018

**CHIEDE**

a questa ATS di regolarizzazione la posizione rispetto a tutti i ticket dovuti e non versati per la fruizione di prestazioni sanitarie, o di farmaci, dispensati dal SSN, ai sensi dell’art. 18, comma 3, della legge regionale n. 23/2018 per un totale di € …………..

**e SI IMPEGNA**

al pagamento di tale importo:

□ entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente documento;

□ secondo la rateizzazione da concordarsi con questa ATS.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_