

Spett.le
ASST Gaetano Pini - CTO
U.O.C. Accoglienza - CUP - Monitoraggio L. P.
Uff. Recupero Crediti
E-mail: noshow@asst-pini-cto.it
PEC: protocollo@pec.asst-pini-cto.it

Oggetto: Invio di controdeduzioni per (barrare la scelta)

- Avviso dell’Agenzia delle Entrate N° _____ del ____ / ____ / ____**
 Cartella dell’Agenzia delle Entrate N° _____ del ____ / ____ / ____

DATI DELL’INTESTATARIO DELL’AVVISO O CARTELLA

Cognome/Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo (Città/Prov.) _____
C.F. _____
Indirizzo di residenza _____
CAP _____ Città _____ Prov. (____)

DATI DEL RICHIEDENTE (SE DIVERSO DALL’INTESTATARIO)

Cognome/Nome _____
Relazione con l’intestatario (es. genitore, coniuge, tutore ecc.) _____
Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo (Città/Prov.) _____
C.F. _____
Indirizzo di residenza _____
CAP _____ Città _____ Prov. (____)

DICHIARA CHE

Non è stato possibile essere presente a causa di (barrare la scelta):

- ricovero in struttura sanitaria dell’interessato, di familiari fino al primo grado, del coniuge o convivente;
 malattia dell’interessato, del coniuge o convivente;
 nascita di figlio/a;
 lutto per decesso di un familiare fino al secondo grado;
 incidente stradale occorso all’interessato;
 cause di forza maggiore (*manifestazioni, sommosse, atti terroristici, eventi naturali ecc.*)
Specificare e circostanziare)

LEGGERE ATTENTAMENTE LE INDICAZIONI DI SEGUITO PRIMA DI COMPILARE E INVIARE

- il modulo deve essere compilato integralmente, in stampatello, leggibile e firmato allegando copia di un documento d'identità in corso di validità di intestatario e richiedente (se diversi);
- In caso di intestatario e richiedente diversi, NON sarà necessaria la firma del primo SOLO se questo è un minore convivente o un soggetto affidato sotto tutela del richiedente;
- Allegare documentazione comprovante motivazione della mancata presenza;
- in caso di modulo compilato in modo illeggibile, incompleto, non firmato e/o di allegati illeggibili o incompleti non sarà dato alcun seguito alla richiesta;

I dati da Lei forniti saranno trattati nel rispetto del GDPR 2016/679 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali).

Ai sensi del D.L. 07/06/2024 n. 73, convertito in L. 29/07/2024 n. 107, il paziente che non disdice la prestazione entro il termine di 2 giorni lavorativi di anticipo (sabato compreso) prima della data di effettuazione della prestazione, è tenuto comunque al pagamento della quota di compartecipazione al costo (ticket e quota ricetta), salvo documentate cause di forza maggiore.

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiaro che quanto da me sopra asserito corrisponde a verità (art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

In fede,

Data

___/___/___

L'intestatario (firma leggibile)

Il Richiedente (firma leggibile)