

**Al Direttore dell'Area Vasta n. 4 di Fermo  
Dott. Licio Livini,  
Via Zeppilli, 18  
63900 Fermo (FM)**

**Oggetto: DPR 445/2000 artt. 43 e 71 -DM 11 dicembre 2009: verifica delle esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Richiesta somme dovute per l'anno ..... Contestazione.**

Il sottoscritto, (*cognome e nome*) ....., nato il ..... a .....e residente a ....., in Via ....., Codice Fiscale ....., relativamente alla nota prot. n. .... del ....., con cui si richiedeva, a seguito dei controlli eseguiti, il pagamento di € ....., come recupero di somme non pagate a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria a seguito di prestazioni sanitarie ricevute nell'anno ..... sulla base di esenzioni per reddito, oltre spese amministrative pari ad € 5,00, **dichiara e conferma** il proprio diritto all'esenzione, sulla base delle seguenti motivazioni, succintamente descritte: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A dimostrazione di quanto esposto, si esibisce la seguente documentazione comprovante quanto sopra dichiarato e quanto dichiarato nella autocertificazione rilasciata dal sottoscritto al fine del riconoscimento della esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito:

- 1).....;
- 2).....;
- 3).....;

4).....;

5).....;

6).....

Stante quanto sopra, lo scrivente contesta il contenuto della nota prot. .... del ....., ribadendo il proprio diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, per reddito ai sensi dell'art. 8, comma 16 della Legge 537/1993 e successive modificazioni ed integrazioni e/o per gli altri motivi sopra esposti, e **chiede** che si provveda a revocare in autotutela il provvedimento introduttivo della procedura di recupero delle somme sopra indicate nei confronti del sottoscritto; **chiede**, altresì, che, in attesa della valutazione della presente istanza da parte degli Enti competenti, il procedimento di recupero del rimborso venga sospeso, **dichiarando**, inoltre, di essere consapevole che dall'Asur Marche o dalle altre Amministrazioni coinvolte o interessate saranno recapitate allo scrivente informazioni circa la presente domanda solo a conclusione del procedimento di rivalutazione introdotto tramite la presente istanza o, comunque, qualora vi fossero necessità istruttorie o di approfondimento ad esso strumentali.

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, qualora il contenuto della nota prot. n. .... del ..... dovesse trovare conferma nelle apposite sedi, la somma oggetto di recupero potrebbe subire un aggravio a causa dell'applicazione degli interessi legali e delle spese di procedura.

Il sottoscritto, agli scopi di cui alla presente istanza, **acconsente**, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per il cui trattamento si dichiara di aver ricevuto l'apposita informativa, con le modalità e per le finalità connesse e strumentali alla gestione del presente atto e delle procedure dallo stesso derivanti.

Si indicano di seguito il recapito telefonico e l'indirizzo ove inviare eventuali ulteriori comunicazioni riguardanti il presente procedimento: .....

.....

Luogo e data

.....

**Firma**  
(Nome e Cognome)

.....