

**RAVVEDIMENTO EX LR. 14/2024
articolo 10 comma 3
(da inoltrare entro il 31-12-2024)**

All' Agenzia di Tutela della Salute Bergamo
Ufficio Recupero Ticket
Via Galliccioli, n 4, 24121 Bergamo

ATTENZIONE la richiesta deve pervenire:
tramite e-mail all'indirizzo: protocollo.generale@ats-bg.it
oppure tramite PEC all'indirizzo: protocollo@pec.ats-bg.it

Luogo, data

_____, lì _____

OGGETTO: Richiesta di verifica posizione rispetto a ticket dovuti e non versati per la fruizione di prestazioni sanitarie, o di farmaci, dispensati dal SSN, ai sensi dell'art. 10, comma 3, della Legge Regionale n. 14/2024.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale:

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

residente a _____ (Prov.) _____ cap. _____

indirizzo _____ n. civico _____

telefono fisso _____ cellulare _____

indirizzo mail _____ visto l'art. 10, comma 3, della Legge Regionale n. 14/2024

CHIEDE

a codesta ATS di verificare la propria posizione rispetto ai ticket dovuti e non versati per prestazioni sanitarie, o di farmaci ai fini della regolarizzazione.

In fede,

Firma _____

Allega: copia fronte e retro della carta d'identità