

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AL RICONOSCIMENTO DELLE ESENZIONI RILASCIATE PER  
MALATTIA CRONICA E INVALIDANTE**

AL Distretto socio sanitario n. \_\_\_\_\_

A.S.L. 3 "Genovese"

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Matricola regionale: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Nazione: *(indicare solo per i nati all'estero)* \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

- Dichiaro di rinunciare ai benefici derivanti dal diritto all'esenzione per malattia cronica e invalidante, allo stesso riconosciuta da codesta ASL 3 "Genovese" con codice \_\_\_\_\_.
- Produco in originale il mio attuale tesserino sanitario.
- Non / Acconsento che tale dichiarazione venga trasmessa, per conoscenza, alla S.C. Medicina Legale della ASL 3 "Genovese".
- Allego fotocopia del mio documento di identità.

Genova, \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_