

All'ASL 3
Sistema Servizio Regione Liguria
SSD Assistenza Sanitaria di Base
Specialistica Metropolitana e
Farmaceutica
V.le V.C. Bracelli 1/3
16142 GENOVA GE

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____
codice fiscale _____, tel. _____ indirizzo email
_____, riconoscendo di essere debitore nei
confronti dell'Asl 3 a seguito di notifica del seguente verbale:

verbale di accertamento n. _____ del _____ per € _____;

CHIEDE la rateizzazione del pagamento in n. _____ rate .

DICHIARA

di prendere atto che, per poter accedere al beneficio della rateizzazione del verbale di cui
trattasi, si dovrà attendere l'avvenuta accettazione da parte della Asl nella quale verranno indicati
il numero di rate concesse, l'importo e la calendarizzazione delle stesse.

Allega fotocopia di documento di identità in corso di validità

DATA

FIRMA
