

IMPEGNO AL PAGAMENTO

Premesso che per le sotto indicate prestazioni non è stato possibile effettuare il pagamento a causa delle restrizioni e/o limitazioni imposte nel corso dell'emergenza COVID-19.

Prestazione sanitaria _____

Data _____

Presso _____

Importo Ticket dovuto € _____

Prestazione Veterinaria _____

Richiesta in data _____

Mail/n.Tel. presso cui è stata richiesta la prestazione _____

Importo Ticket dovuto € _____

Dati anagrafici del beneficiario della prestazione:

Cognome _____

Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Dati anagrafici dell'eventuale tutore/genitore/esercente patria potestà:

Cognome _____

Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____

Per le ragioni sopra esposte, con la presente, il sottoscritto:

Si impegna pertanto a provvedere al pagamento, entro 60 giorni dall'erogazione della prestazione, e, nel caso l'emergenza dovesse durare di più, entro 30 giorni dalla fine dell'emergenza, della somma di € _____

E' a conoscenza che la presente, alla quale non seguiranno altri avvisi, è da considerarsi quale formale atto di messa in mora ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1219 c.c., valida anche ai fini interruttivi della prescrizione ex art. 2943 c.c..

E' consapevole che in caso di omesso pagamento sarà attivato il recupero forzoso del credito mediante iscrizione a ruolo del credito indicato.

Luogo _____, data _____

Firma _____

In caso di invio del presente modulo per via telematica è necessario allegare fotocopia documento valido di identità.

Informativa sulla privacy: La informiamo che i suoi dati verranno trattati per attività amministrative e contabili collegate alla tutela della salute, nel rispetto della normativa privacy ai sensi degli articoli degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n° 679 del 27 aprile 2016 del Parlamento Europeo e del Consiglio. La informiamo inoltre che l'Azienda ASL si avvale di Poste Italiane per la stampa e l'invio di questa comunicazione e che qualora il pagamento richiesto non venisse da Lei effettuato i suoi dati potrebbero essere trasmessi ad Agenzia delle Entrate - Riscossione. Per maggiori informazioni, anche in merito ai tempi di conservazione e all'individuazione del responsabile del trattamento dei dati, è possibile consultare la pagina <http://www.uslsudest.toscana.it/index.php/privacy>.

Azienda USL Toscana sud est



**DIPARTIMENTO
DI PREVENZIONE**
Direttore dr. Maurizio Spagnesi

**Struttura organizzativa
certificata ISO 9001:2015**

SEDE OPERATIVA SIENA
piazza Carlo Rosselli, 26
53100 Siena
centralino: 0577 535111

SEDE OPERATIVA GROSSETO
via Cimabue, 109
58100 Grosseto
centralino: 0564 485111

SEDE OPERATIVA AREZZO
via Curtatone, 54
52100 Arezzo
centralino: 0575 2551

SEDE LEGALE
Azienda USL
Toscana Sud Est
via Curtatone, 54
52100 Arezzo
centralino: 0575 2551

P.I. e C.F.: 02236310518

WEB: www.uslsudest.toscana.it
PEC: [ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausstoscanasudest@postacert.toscana.it)