

MODULO PER RICHIESTA POSTICIPO PAGAMENTO TICKET
(da utilizzarsi limitatamente al periodo di emergenza COVID-19)

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

Nato/a a (luogo di nascita)

Il (data di nascita)

Consapevole del fatto che la prestazione prevede il pagamento di un ticket pari a (in euro)

Chiede di procedere alla vaccinazione di (cognome e nome)

E a tal fine allega alla presente richiesta fotocopia del documento.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre il proprio impegno a consegnare l'attestato di pagamento del ticket entro il 31/05/2020, consapevole che, in caso di mancato rispetto della scadenza, la ASL Roma I procederà al recupero di quanto dovuto.

Roma, (data)

Firma per esteso