



MODULO DI REVOCA DEL CERTIFICATO DI ESENZIONE PER REDDITO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE.....

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE di

REVOCARRE la validità dell'esenzione per reddito in quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare):

Data _____

Firma _____