



## 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 \_\_\_\_\_

Documento identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CHIEDE di

REVOCARRE la validità dell'esenzione per reddito a partire dalla data \_\_\_\_\_

In quanto modificate le condizioni per beneficiare di tale esenzione (specificare):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

NOTA BENE: Nei casi di revoca del certificato di esenzione per reddito è necessario riconsegnare il certificato in proprio possesso allegandolo alla presente richiesta