



**Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria Ligure n. 5 La Spezia
Dipartimento di Prevenzione
Ufficio amministrativo dipartimentale**

Allegato 9

MODULO PER LA RICHIESTA DI RATEIZZAZIONE DELLA SANZIONE

Prot. n. _____

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia
Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Ufficio amministrativo dipartimentale
Corso Nazionale n. 334
19126 – La Spezia**

protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it

Oggetto: Richiesta di rateizzazione della sanzione amministrativa pecuniaria – (art. 26 – Legge 689/81)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ Residente a _____ in Via

Recapito telefonico _____ codice fiscale
_____ P. IVA _____

Dovendo pagare a titolo di sanzione amministrativa la somma di € _____
a seguito del verbale/dell'ordinanza/ingiunzione n. _____ del _____ S.C.

in qualità di:

- trasgressore;
- obbligato in solido (titolare/rappresentante legale della Ditta
_____ con sede legale in
_____ Via _____ n. civico
_____)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i., in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti;

CHIEDE

di essere ammesso/a al pagamento rateale della sanzione con un numero di rate mensili pari a _____ (da 3 a 30, il cui importo non può essere inferiore a € 15), al fine di non aggravare ulteriormente le condizioni economiche disagiate comprovate dai seguenti motivi:

Consapevole, altresì, della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento di rateizzazione emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere;

Consapevole, infine, che sulle dichiarazioni fornite verranno effettuati idonei controlli anche successivamente alla eventuale ammissione ai benefici concessi;

Allega alla presente richiesta di ammissione alla rateizzazione, le seguenti dichiarazioni sostitutive:

- Dichiarazione della situazione economico-patrimoniale, fiscale e reddituale;
- Dichiarazione di assenza o sussistenza di precedenti sanzioni amministrative attinenti la stessa materia;
- Altra documentazione: _____

*Le informazioni sul trattamento eseguito dal Titolare ASL 5 nei confronti dei dati personali dell'Interessato sono presenti in forma completa e trasparente nell'**Informativa Generale**, sempre disponibile alla pagina web <http://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformativaGenerale.pdf>, informazioni rese in applicazione degli artt. 13 e 14 del Reg. (UE) sulla protezione dei dati n. 2016/679 che qui devono intendersi integralmente richiamate e applicabili. I dati personali dell'interessato sono raccolti ed utilizzati esclusivamente per le finalità del presente procedimento e sono un requisito necessario per la sua conclusione.*

La mancata comunicazione dei dati personali non ne consente la conclusione.

FIRMA del richiedente la rateizzazione

La firma apposta in calce alle dichiarazioni sopra indicate non è più soggetta all'autenticazione. Se la dichiarazione non viene sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, occorre allegare copia di un documento di identità in corso di validità.

Si allega fotocopia del documento _____ rilasciato da
_____ n. _____ in data
