

All' ASST Papa Giovanni XXIII  
Piazza OMS, 1  
24127 – Bergamo  
fax 035.267.4100  
PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it  
PEO: protocollo@asst-pg23.it

Oggetto: rateizzazione debito come da vostra lettera con prot. n. \_\_\_\_\_  UOC GAP  UOC LCI  
del \_\_\_\_\_, **per un debito complessivo superiore ad € 300,00**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cf \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
posta certificata (pec) \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

per la richiesta di pagamento di € \_\_\_\_\_, di cui all'oggetto, inerente ai documenti n. \_\_\_\_\_,  
la rateizzazione in numero [2][4][6][8][10][12] rate mensili di pari importo di € \_\_\_\_\_.  
La prima rata verrà versata entro il mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_.

#### DICHIARA

inoltre, di essere consapevole che il mancato pagamento anche di una sola rata mensile comporterà la  
decadenza dal beneficio della rateizzazione e darà il diritto all'ASST di agire per il recupero dell'intero  
credito.

Il pagamento avverrà entro l'ultimo giorno del mese di competenza della rata tramite:

- tramite versamento in contanti allo sportello bancario del tesoriere dell'Ospedale*  
 *bonifico bancario*

Autorizza il trattamento dei dati per tutte le pratiche conseguenti alla presente istanza.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma autografa o elettronica)

Allego copia di un documento di riconoscimento

\*\*\*\*\*

**ASST Papa Giovanni XXIII**

**Visto, tenuto conto delle motivazioni sopra riportate, concede la rateizzazione in [2][4][6][8][10][12]  
rate mensili per l'importo di € \_\_\_\_\_, a partire dal mese di \_\_\_\_\_.**

**Bergamo, lì \_\_\_\_\_**

**Il dirigente:**  
\_\_\_\_\_