*………………………………..*

*………………………………..*

*………………………………..*

*………………………………..*

**Raccomandata (R)**

*………………………………..*

*………………………………..*

*………………………………..*

*………………………………..*

*……, ………………………….*

**Disdetta dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di**

*Nome, Cognome* Data di nascita: *gg.mm.aaaa Polizza n°*

………………………………………………………………………………………….…………

……………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………………….…

Gentili Signore, Egregi Signori,

In applicazione della legislazione in vigore, vi prego di disdire l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della persona summenzionata entro il prossimo termine previsto dalla legge.

Vi verrà trasmesso l’attestato d'assicurazione del nuovo assicuratore a tempo debito. Nell'attesa di una vostra conferma scritta, colgo l'occasione per porgervi i miei

migliori saluti.

……………………….…….