**RACCOMANDATA**

 ,

**Disdetta dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal)**

**Polizza n° Cognome, Nome Data di nascita**

Gentile Signora, Egregio Signore,

In applicazione della legislazione in vigore, si prega di disdire l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) della/delle persona(e) sopra citata(e) con effetto al .

L'/Gli attestato(i) d'assicurazione del nuovo assicuratore vi perverrà/perverranno a tempo debito.

In attesa della vostra conferma, porgo/porgiamo distinti saluti.

 Firma(e)\*

*\*Firma di ogni persona maggiorenne o del rappresentante legale*