

OGGETTO: DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° _____

tel _____ e_mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

il rimborso della spesa sostenuta per: (barrare la voce che interessa)

- visita occasionale
- vaccini desensibilizzanti
- prestazioni sanitarie estere
- altro: (specificare) _____

cui ho dovuto fare ricorso

- per sé
- per familiare

(cognome e nome, data di nascita, gradi di parentela del familiare)

A tal fine:

- allego idonea certificazione relativa alla spesa sostenuta ed ogni altra documentazione utile, comprese eventuali autocertificazioni, comprovante i requisiti per il riconoscimento del rimborso;
- dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, che i dati e le informazioni sopra riportate vengono rese a titolo di autocertificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R n.445/2000;
- dichiara di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma

Il/La sottoscritto/a **CHIEDE** che il pagamento venga effettuato:

con accredito sul c/c presso la Banca/Istituto: _____

avente le seguenti coordinate bancarie (Codice IBAN):

COD. IBAN	C I N	ABI	CAB	C/C

mediante assegno non trasferibile;

in contanti presso uno degli sportelli della Tesoreria aziendale.

Nel caso in cui non venga specificato correttamente in CODICE IBAN, il pagamento verrà effettuato mediante assegno non trasferibile

Data _____

_____ Firma

Parte riservata all'ufficio

<u>PRESTAZIONI</u>	<u>IMPORTO</u>	<u>IMPORTO LIQUIDATO</u>
	€	€
	€	€
	€	€
	TOTALE	€

Distinta n. _____ del _____

Allegati presentati dal richiedente:

