



La/Il sottoscritta/o _____ nata/o il _____
a _____, codice fiscale _____
residente a _____, Via _____ n° _____
tel _____

avendo pagato l'importo complessivo di Euro _____ relativo al ticket per le prestazioni sanitarie fruite come specificato nelle seguenti ricevute di pagamento (*barrare la persona intestataria della ricevuta*):

- a me intestata/e
- intestata/e a mio figlio _____ nata/o il _____ a _____
- intestata/e alla/al sig.ra /sig (persona di cui sono tutore) _____ nata/o il _____ a _____

Ricevuta n _____ del _____ importo pagato € _____

Ricevuta n _____ del _____ importo pagato € _____

Ricevuta n _____ del _____ importo pagato € _____

Ricevuta n _____ del _____ importo pagato € _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di cui sopra in quanto _____

Il rimborso potrà venir effettuato (*barrare la modalità scelta*):

- presso la Cassa Ticket a cui presento la richiesta (*solo se la richiesta di rimborso viene presentata entro 30 giorni dalla data dell' erogazione della prestazione*)
- Mediante assegno/quietanza da inviare al proprio domicilio;
- In contanti presso UNICREDIT SPA;
- Con accredito sul c/c bancario:

Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	N.Conto Corrente

_____, li, _____

Firma del richiedente

Allegati:

- Originale/i della/e ricevuta/e di cui si chiede il rimborso
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il diritto all'esenzione del ticket

(Spazio riservato all'ufficio)

Si attesta la regolarità del fascicolo ai fini del rimborso

Data _____

La Direzione