

DICHIARAZIONE SOSTITUTITA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

RICHIESTA RIMBORSO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

A _____ e residente in _____

Via _____ n. _____ C.F. _____

In qualità di utente

in qualità di delegato dell'utente _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ via _____

C.F. _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di € _____ come da fattura n° _____

Del _____ relativo alla prestazione sanitaria _____

Giusta impegnativa n° _____

Per le seguenti motivazioni _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Vasto,li _____

FIRMA
