



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Timbro e firma dell'operatore

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AL FINE DI RICHIESTA DI RIMBORSO PER TICKET PAGATO E NON DOVUTO.

Il/La sottoscritto/a _____ Delegato _____
(nome e cognome del diretto interessato / delegante) (nome e cognome dell'utente delegato)

Nato/a a _____ (_____), il _____
(prov.)

Residente a _____ (_____) via _____ N. Civico _____
(Località) (prov.)

C.a.p. _____ C.F. _____
(Campo obbligatorio) (Codice fiscale) (Campo obbligatorio)

Documento di riconoscimento: _____ n. _____
(Tipo documento) (Numero)

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/00 e che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

Di richiedere il rimborso del ticket pagato per la prestazione _____
(Tipo di prestazione)

Prenotata il giorno _____ presso l'unità erogante _____ per i seguenti motivi:

(Elencare la motivazione della richiesta di rimborso)

(Campo obbligatorio)

Allego:

1 ricevuta originale

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali ai soli fini della presente istanza ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Firma del richiedente _____ Luogo _____, data _____
(Campi obbligatori)

Chiedo che il rimborso avvenga su c/c bancario, senza addebito di alcuna competenza alle seguenti coordinate:

ABI _____ CAB _____ CIN _____ IBAN _____

Firma del richiedente _____ Data _____