

Allegato 2 - MODULO RICHIESTA RIMBORSO PRESTAZIONE S.S.N./SOLVENZA

Al Direttore del Distretto Sanitario n.....
Al Direttore medico del Presidio Ospedaliero
Al Direttore del dipartimento di

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ CAP _____
tel _____ e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

il rimborso della somma di euro _____ versata in data _____ per la prestazione di _____ non fruita, con la seguente modalità:

accredito sul proprio c/c bancario/postale CODICE IBAN _____

accredito su c/c intestato a terzi (delegato alla riscossione)
NOME E COGNOME _____ CF _____ CODICE IBAN _____

Si allegano alla presente:

- allegato 1 (Dichiarazione sostitutiva mancata fruizione);
- copia fattura prestazione non erogata;
- copia ricevuta/e di pagamento;
- copia documento d'identità del richiedente;
- ricevuta di avvenuto storno.

IN FEDE

....., lì

N.B.: nel caso in cui la domanda di rimborso sia presentata da persona diversa dall'interessato, è necessario presentare delega del titolare e valido documento di riconoscimento del delegato e del delegante.