

Allegato 3 - MODULO RICHIESTA RIMBORSO

Al Direttore del Distretto Sanitario n°...  
Al Direttore medico del Presidio Ospedaliero .....  
Al Direttore del dipartimento di salute mentale  
Al Direttore del dipartimento di prevenzione

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

CHIEDE

il rimborso della somma di euro \_\_\_\_\_ versata per il  
pagamento del ticket

sul proprio c/c e pertanto dichiara di essere il titolare del sotto indicato CODICE

IBAN \_\_\_\_\_

su c/c intestato a \_\_\_\_\_ titolare del CODICE

IBAN \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente

- ricevuta di pagamento
- documento d'identità
- impegnativa del medico curante
- attestato dell'ASL (in caso di cause imputabili all'ASL)
- Ricevuta di disdetta (in caso di disdetta con le modalità precedenti)

IN FEDE

NAPOLI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_