

Richiesta di rimborso Ticket o Tariffe

Il sottoscritto/a

nato/a il _____ a _____ Stato di nascita _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ via _____

Telefono _____ mail _____

in qualità di

diretto interessato

genitore / esercente responsabilità genitoriale del minore _____
(cognome e nome)

nato il _____ a _____

codice fiscale _____

tutore/curatore/amministratore di sostegno di _____
(cognome e nome)

nato il _____ a _____

codice fiscale _____

erede/coerede (in nome e per conto di tutti gli eredi) di _____
(cognome e nome)

nato il _____ a _____

codice fiscale _____

deceduto il _____ a _____

CHIEDE IL RIMBORSO

totale parziale di € _____

del ticket /tariffa riferita alla prestazione _____

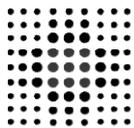
per seguente motivo

Prestazione non eseguita

Pagamento già effettuato (allegare copia del precedente pagamento)

Pagamento non dovuto

Altro (indicare) _____



**spazio riservato all'Azienda USL
esito valutazione dell'istanza**

esaminata la documentazione allegata si esprime parere

positivo

negativo

Somma da liquidare di euro _____

Data _____

Firma responsabile procedimento _____