

Richiesta di rimborso per anomalie riscuotitore

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

per mancato resto di € _____

Si allega la ricevuta rilasciata dal riscuotitore automatico.

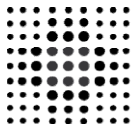
Non si allega ricevuta poiché non rilasciata dal riscuotitore automatico n. _____

il giorno _____ alle ore _____

per banconota inceppata di € _____

Non si allega ricevuta poiché non rilasciata dal riscuotitore automatico n. _____

il giorno _____ alle ore _____



Modalità di riscossione del rimborso

con accredito in c/c bancario: Banca _____

IBAN

SIGLA NAZION.	CIN EUR.	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

ritiro presso tesoreria (Sportelli Banca Intesa San Paolo)

E' necessaria la seguente delega se l'intestatario del conto è diverso dal diretto interessato del rimborso

Delego (cognome e nome) _____ al ritiro della quota rimborso
(allegare copia del documento di identità del delegato e delegante)

SONO CONSAPEVOLE CHE

Le false dichiarazioni, a falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

Data _____ Firma leggibile del dichiarante _____

Spazio riservato all'Azienda USL

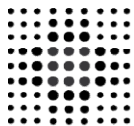
Cittadino riconosciuto attraverso documento _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

Nome e cognome dell'operatore che ha ritirato l'istanza _____

Sportello di _____ Telefono _____

FIRMA _____



**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 _____