

- I dati saranno trattati dall'Azienda per le finalità strettamente connesse alla richiesta, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data _____ **Il/la Richiedente** _____

CITTADINO RICONOSCIUTO CON DOCUMENTO N. _____ rilasciato da _____

l'Addetto al ritiro AUSL Romagna

firma _____

rif.to telefonico _____

Si allegano:

- copia/originale impegnativa, se presente
- documento con codice a barre per eseguire il pagamento
- ricevute originali del versamento di cui si chiede il rimborso
- documentazione/dichiarazione comprovante il diritto al rimborso

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA

Esaminata la richiesta di rimborso, si esprime parere:

POSITIVO

NEGATIVO per la seguente motivazione : _____

DATA _____ FIRMA REFERENTE DI PROCEDIMENTO _____