

Regione Piemonte
Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra
12051 ALBA
Tel. 0173 316201
Fax 316.480
E-mail:
aslcn2@legalmail.it



OPERATORE CASSA N. _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' AL FINE DI RICHIESTA DI RIMBORSO PER
PRESTAZIONE PAGATA E NON DOVUTA

Nome richiedente _____
(cognome e nome del diretto interessato)

Nato/a a _____ (_____), il _____
(località) (prov)

Residente a _____ (_____) Via _____ n: civico _____
(località) (cap)

C.F. _____ N. TELEFONICO _____
(campo obbligatorio) (campo obbligatorio)

Documento di riconoscimento: _____ n. _____
(tipo documento)

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/00 e che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni non veritiere

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

di richiedere il rimborso dell'importo pagato per la prestazione _____
(tipo prestazione)

per il seguente motivo _____
(motivazione richiesta rimborso)

-
- Allego:** - Ricevuta di pagamento **in originale**
- Eventuale delega compilata
- Eventuale giustificativo in caso di prestazione non effettuata

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali ai soli fini della presenta istanza ai sensi del D.lgs. 196/2003

e chiedo che il rimborso avvenga sul c/c bancario o postale alle seguenti coordinate:

IBAN IT _____
BANCA _____ FILIALE DI _____
INTESTATO A: _____

Firma del richiedente/Delegato _____ Data _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Città _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Città _____

Ad espletare, **a mio nome e in mia vece**, le pratiche necessarie alla richiesta di rimborso.

(firma per esteso)

Allegare documento di identità sia del delegante che del delegato.

Alba, lì _____

Si consegna in data odierna quanto sopra richiesto dal Sig./Sig.ra.

L'OPERATORE DELLO SPORTELLO

FIRMA PER RICEVUTA:

(firma per esteso)