RICHIESTA DI RIMBORSO
All'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia

Il/la
sottoscritto/a .....
Nato/a a ..... provincia (o stato estero) .....
residente a ..... provincia .....
in ..... n° ..... telefono .....
documento di identità ..... n° .....
data rilascio ..... / ..... / ..... rilasciato da ……
Codice Fiscale

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e
s.m.i., sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Il rimborso di € ..... relativo al versamento effettuato in data ..... / ..... / ..... per

[ ] **Importo pagato erroneamente in quanto non corrispondente alla prenotazione**

[ ] **Pagamenti relativi alla seguente prestazione sanitaria non effettuata: ……....**

su conto corrente bancario (codice IBAN)

Si allega:

- **fotocopia carta identità**
- **fotocopia codice fiscale**
- **ricevuta + attestazione originale di pagamento**

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.,
nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del richiedente

Luogo ..... Data ..... / ..... / .....

Spazio riservato ad ASST Pavia

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Pavia

Vista la domanda e la relativa documentazione acquisita, si autorizza.

Il dirigente medico

Luogo ..... Data ..... / ..... / .....