

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VACCINO ANTI ALLERGICO PER IMENOTTERI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

residente a _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____

Cod.Fisc _____ tel _____

Chiede il rimborso delle spese sostenute per vaccino antiallergico

Ditta _____

Fattura nr _____ del _____

Per sé _____

Per il minore _____ nato il _____ a _____

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino antiallergico

Allega la fattura in originale del vaccino (dichiara di non chiedere rimborso ad altro titolo)

Chiede altresì che il rimborso della spesa sostenuta avvenga secondo le seguenti modalità:

**Accredito in c/c bancario o postale intestato a
codice IBAN**

Rimessa diretta presso il tesoriere dell'azienda usl di Bologna

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali e civili nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, segnala, sotto la propria responsabilità, che quanto sottoscritto corrisponde al vero e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale modifica a quanto sopra dichiarato

firma

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA 196/2003 ART.13

I dati da lei forniti sono utilizzati nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati per il tempo previsto dalle norme in materia.



Spazio riservato Azienda USL

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

- Positivo

- Negativo per i seguenti motivi:

Data

Firma e timbro ufficio protesico