

**Spett.le AUSL di Piacenza
Dipartimento di Sanità Pubblica
Piazzale Milano, 2
29100 PIACENZA – Sede di**

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

via _____ tel. _____

chiede il rimborso di € _____; per la seguente motivazione: _____

Allega ricevuta di versamento del _____

Chiede che il suddetto importo gli sia:

- accreditato sul c/c n. _____ intestato a _____

presso _____ Filiale/Sede di _____

ABI _____ CAB _____

IBAN _____ BBAN _____ CIN _____

- restituito mediante quietanza per ritiro contanti.

Il Richiedente

(firma)

Piacenza, _____

riservato AUSL

Parere del Responsabile incaricato _____

(timbro e firma)

Piacenza _____

TRASMESSA PER COMPETENZA A: AREA BILANCI E FINANZE –SEDE-

Alla cortese attenzione di _____ il _____

