



RICHIESTA RIMBORSO QUOTA TICKET

Il/La sottoscritto/a COGNOME _____

NOME _____ (M) (F)

nato/a a _____ (_____) il _____
(COMUNE O NAZIONE) Prov.

residente a _____ CAP _____

Via _____ tel. _____

C H I E D E

per sé stesso per il minore _____ nato il _____

Il rimborso di € _____ versati il _____ presso:

- Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza
- Cassa ticket Azienda USL

per il seguente motivo:

- prestazione non effettuata per **disdetta in tempo utile** **per motivi tecnici**
- esenzione reddito/età
- esenzione reddito/disoccupazione
- esenzione patologia
- altro _____

Si allega:

- ricevuta ticket autocertificazione certificazione

Il/La sottoscritto/a chiede che il rimborso venga effettuato tramite:

- Rimessa diretta presso il Tesoriere dell'Azienda USL di Piacenza- Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza;
- Accredito in c/c bancario

Codice Nazionale (2 lettere) IBAN	Check (2 cifre) BBAN	CIN (1 lettera)	A.B.I. (5 cifre)	C.A.B. (5 cifre)	N. Conto (12 caratteri)

(firma del richiedente)

Piacenza, _____



N° progressivo _____

Parte riservata all' Azienda USL di Piacenza

Previo debito accertamento, si autorizza il rimborso di € _____

Al/Alla Sig./Sig.ra _____

Totale da liquidare

L'Operatore di sportello

Il Referente
