



U. O. Assistenza Primaria - Sportello Unico

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VACCINO ANTIALLERGICO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Chiede il rimborso delle spese sostenute per vaccino antiallergico:

Ditta \_\_\_\_\_

Fattura nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

- Per sé \_\_\_\_\_
- Per il minore \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Si allega la fattura del vaccino in originale e si dichiara **di non chiedere rimborso ad altro titolo.**

Il/la sottoscritto/a chiede che il rimborso della prestazione avvenga con le seguenti modalità:

accredito in c/c bancario **intestato o cointestato al beneficiario**

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)

rimessa diretta presso il Tesoriere dell'Azienda USL di Piacenza -

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.

Piacenza, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma del richiedente)

Parte riservata all'AUSL di Piacenza

Si dispone l'erogazione di un concorso spese per l'importo di € \_\_\_\_\_

In dettaglio:

\_\_\_\_\_

Totale da liquidare: \_\_\_\_\_

Il liquidatore

Il Responsabile dell'U. O.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_